



Ana Rita Santos Domingues

Inteligência Emocional, Empatia e Satisfação no Trabalho em Médicos

Dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia

Ramo de Psicologia da Saúde

Maior 2009

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Inteligência Emocional, Empatia e Satisfação no Trabalho em Médicos

Ana Rita Santos Domingues

Maio 2009

Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Psicologia, Ramo de Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Cristina Queirós (F.P.C.E.U.P.).

RESUMO

Os médicos lidam diariamente com emoções. A capacidade de empatizar e a inteligência emocional são fundamentais na relação terapêutica com o doente, verificando-se que os doentes se sentem melhor e aderem mais aos tratamentos quando percebem que o médico consegue compreender o seu ponto de vista e colocar-se na sua perspectiva. A gestão das próprias emoções, a capacidade de se adaptar às situações e a prossecução de objectivos no grupo são importantes no trabalho, pois actualmente os serviços de saúde sofrem pressões internas e externas que podem afectar não só a satisfação dos profissionais, mas também o serviço prestado aos pacientes.

Neste estudo, os resultados de uma amostra de 35 médicos de várias especialidades médicas demonstraram que a empatia e a inteligência emocional estão correlacionadas. Contudo, a empatia e a inteligência emocional não se correlacionam positivamente com a satisfação no trabalho, o que leva a crer que há outras variáveis que afectam a satisfação no trabalho. Os dados obtidos sugerem a necessidade de investigar mais acerca dos factores que influenciam a satisfação profissional e fomentar uma prática clínica humanista. Deste modo, a melhoria das condições de trabalho e dos recursos humanos beneficiam o serviço prestado ao doente e o bem-estar do médico.

PALAVRAS-CHAVE: médicos; empatia; inteligência emocional; satisfação no trabalho; relação terapêutica.

ABSTRACT

Emotions do exist in doctors' daily lives. Their capacity to empathize and their emotional intelligence are crucial to the establishment of the therapeutic relationship with the patient. In fact, patients feel better and do compromise themselves to the treatment when they realise that doctors are capable of understanding their point of view and of standing in their shoes. The capacity to deal with their own emotions and to adapt themselves to the different situations and the prosecution of goals in the group are important at work because nowadays health services are exposed to internal and external pressures that may affect not only job satisfaction but also the quality of care provided to the patients.

This work presents the results of a study with a sample of 35 doctors, specialised in different medical areas, that has showed that empathy and emotional intelligence are correlated. However, empathy and emotional intelligence do not positively correlate with job satisfaction, which led us to believe there are some other variables that have an influence on job satisfaction. The collected data suggest the need to investigate more about those factors and to encourage a clinical practice more aware of humanistic principles. Accordingly, it seems that the improving of job conditions and the human resources are favourable to the care provided to patients and to the well-being of the doctor.

KEY-WORDS: doctors, empathy, emotional intelligence, job satisfaction, therapeutic relationship.

.

RÉSUMÉ

Les médecins contactent tous les jours avec les émotions. La capacité d'empathie et l'intelligence émotionnelle sont fondamentales pour la relation thérapeutique avec le patient. On peut voir que les patients se sentent mieux et rejoignent plus les traitements quand ils comprennent que les médecins sont capables de comprendre leur point de vue et se mettre à leur place.

La gestion de leurs émotions, la capacité de s'adapter aux situations et la poursuite des objectifs au sein du groupe sont importantes au travail, puisque aujourd'hui les services de santé souffrent des pressions internes et externes. Ces pressions peuvent avoir des conséquences sur la satisfaction des professionnels, mais aussi sur les services apportés aux patients.

Dans cette étude, les résultats d'un échantillon de 35 médecins de différentes spécialités médicales révèlent que l'empathie et l'intelligence émotionnelle sont liées. Cependant, l'empathie et l'intelligence émotionnelle ne se lient pas à la satisfaction au travail, ce qui permet de penser que d'autres variables influencent la satisfaction au travail. Les résultats obtenus suggèrent le besoin de continuer à étudier les facteurs qui peuvent influencer la satisfaction au travail et promouvoir une relation clinique plus humaine. De cette façon, on pourra améliorer les conditions de travail et des recours humains, aussi que les services apportés aux patients et le bien-être des médecins.

MOTS-CLÉ: médecins; empathie; intelligence émotionnelle; satisfaction au travail; relation thérapeutique.

Agradecimentos

À Professora Cristina Queirós, pela disponibilidade e compreensão, pelos emails fora de horas, pelas reuniões aos fins-de-semana, pela atenção, pela ajuda, e por me ter incentivado sempre a continuar mesmo nas fases mais difíceis.

A todos aqueles que preencheram os questionários e contribuíram para esta tese existir.

Aos meus pais e irmão por sempre me apoiarem em tudo que faço, e por estarem a meu lado incondicionalmente.

Aos meus amigos, aqueles que estão sempre comigo, seja em trabalho ou em diversão, e que são o meu porto de abrigo.

Ao Hugo, por me acompanhar em todos os desafios da minha vida.

ÍNDICE

Introdução	3
 Capítulo I ó Enquadramento teórico	 5
1. A Medicina	6
1.1. A Medicina através dos tempos	6
1.2. Emoções e Medicina	7
2. Inteligência Emocional	9
2.1. Um conceito, várias concepções	9
2.2. Estudos empíricos sobre a associação entre inteligência emocional e empatia	13
3. Empatia	14
3.1. O conceito	14
3.2. Estudos empíricos sobre a associação entre empatia e satisfação no trabalho	17
4. Satisfação no trabalho	18
4.1. O conceito	18
4.2. Estudos empíricos sobre a associação entre satisfação no trabalho e inteligência emocional	20
 Capítulo II ó Estudo empírico	 23
1. Metodologia	24
1.1. Instrumentos	24
1.2. Procedimento	26
1.3. Caracterização da amostra	27
2. Apresentação e interpretação dos resultados	30
 Conclusões	 44
 Bibliografia	 47
 Anexo: Apresentação do questionário	 50

Índice de quadros

Quadro 1. Valores do Alfa de Cronbach para a JSPE.....	25
Quadro 2. Valores do Alfa de Cronbach para a Escala de Inteligência Emocional	26
Quadro 3. Valores do Alfa de Cronbach para a Escala de Satisfação Profissional...í í í í í í	26
Quadro 4. Distribuição por género í	27
Quadro 5. Distribuição por tipo de especialidadeí	27
Quadro 6. Distribuição por especialidadeí	28
Quadro 7. Distribuição por estado civilí	28
Quadro 8. Distribuição por região de trabalhoí	28
Quadro 9. Distribuição por vínculo/regime de trabalhoí í í í í í í í í í í í í í í í	29
Quadro 10. Distribuição por tipo de horário de trabalhoí í í í í í í í í í í í í í í í í	29
Quadro 11. Valores para idade, anos de profissão e horas semanais de trabalhoí í í í í í	29
Quadro 12. Grau de satisfação com o trabalhoí	30
Quadro 13. Médias para satisfação no trabalho e suas dimensõesí í í í í í í í í í í í í	31
Quadro 14. Médias para satisfação no trabalho no estudo de Churro (2006)í í í í í í í í í	31
Quadro 15. Médias para a empatiaí	32
Quadro 16. Médias para a inteligência emocional e suas dimensõesí í í í í í í í í í í í	32
Quadro 17. Médias para a inteligência emocional no estudo de Vilela (2006)í í í í í í í í í	33
Quadro 18. Comparação das médias de dados demográficos em função especialidade médica í í	34
Quadro 19. Comparação das médias de satisfação no trabalho em função especialidade médicaí í	34
Quadro 20. Comparação das médias de empatia em função especialidade médicaí í í í í í	34
Quadro 21. Comparação das médias de inteligência emocional em função especialidade médicaí í	35
Quadro 22. Comparação das médias de dados demográficos em função do géneroí í í í í í í	35
Quadro 23. Comparação das médias de satisfação no trabalho em função do géneroí í í í í	36
Quadro 24. Comparação das médias de empatia em função do géneroí í í í í í í í í í	36
Quadro 25. Comparação das médias de inteligência emocional em função do géneroí í í í í í	37
Quadro 26. Distribuição da correlação das dimensões estudadas (parte 1)í í í í í í í í	38
Quadro 27. Distribuição da correlação das dimensões estudadas (parte 2)í í í í í í í	39

INTRODUÇÃO

O nosso trabalho apresenta como objectivo verificar a existência de correlações entre inteligência emocional, empatia e satisfação no trabalho em médicos. A ideia de estudarmos as emoções e a empatia em contexto de saúde surgiu pelo interesse que sempre nos despertou a relação entre profissionais de saúde e doentes, acreditando que esta relação tem consequências no desenvolvimento da doença e no tratamento do doente. Paralelamente, a satisfação no trabalho parece-nos ser um indicador igualmente importante, pois reflecte a perspectiva do profissional, condicionando a sua prestação no trabalho, e deste modo, influenciando os cuidados prestados aos doentes.

Na concretização do trabalho, optamos por efectuar o estudo empírico com uma amostra de médicos de diversas especialidades, pois segundo alguns autores (Austin, Evans, Goldwater & Potter, 2005) as capacidades de inteligência emocional são bastante importantes na classe médica. Mais especificamente, a inteligência emocional interpessoal parece ser útil para a compreensão das necessidades do doente, bem como a inteligência emocional intrapessoal que influencia a forma como os médicos lidam com o alto nível de stress decorrente do contexto de trabalho (Austin *et al*, 2005). Também de acordo com Cooper e colaboradores (1998, citado por Nikolaou & Tsaousis, 2002) é esperado que a classe médica e outros profissionais de saúde (psicólogos, enfermeiros, etc.) demonstrem elevados níveis de inteligência emocional, pois devido às características das suas profissões, necessitam de controlar a expressão e gestão de emoções, tanto dos próprios, como dos outros com quem interagem. Além disso, este tipo de actividade profissional pode permitir que os indivíduos lidem melhor com os sentimentos, notando-se um menor nível de stress ocupacional quando comparado com profissões que não exigem tanto envolvimento emocional com os outros (Vilela, 2006).

O nosso trabalho está estruturado em duas grandes partes: enquadramento teórico e estudo empírico. No enquadramento teórico começamos por efectuar algumas considerações gerais acerca dos principais conceitos teóricos, parecendo-nos importante apresentar uma breve resenha histórica da Medicina, bem como referir a importância das emoções neste contexto. Em seguida, abordamos os temas que compõem este trabalho, ou seja, a inteligência emocional, a empatia e a satisfação no trabalho, referindo ainda alguns estudos correlacionais que nos permitiram perceber de que forma se associam estas variáveis entre si. O estudo

empírico consiste na descrição da metodologia e na apresentação e interpretação dos resultados obtidos junto de uma amostra de 35 médicos de diversas especialidades, alvo de um questionário anónimo e de auto-preenchimento. Terminamos o trabalho com a apresentação de algumas conclusões, bem como da bibliografia e do questionário que construímos para este estudo.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De modo a enquadrar teoricamente o estudo em questão, começaremos por efectuar algumas considerações sobre a Medicina, para em seguida apresentarmos os três principais conceitos teóricos: inteligência emocional, empatia e satisfação no trabalho. Pretende-se nesta parte, para além da exploração teórica, enquadrar o máximo possível estes temas no contexto médico, uma vez que é a população escolhida deste trabalho, bem como descrever alguns estudos empíricos.

1. A Medicina

Apresentamos neste ponto uma breve caracterização da história da Medicina, desde os seus primórdios até aos dias de hoje. Posteriormente, introduzimos o conceito das emoções especialmente relacionado com a Medicina, de modo a percebermos o impacto que as emoções adquirem neste contexto.

1.1. A Medicina através dos tempos

O interesse e a curiosidade em relação a temas como doença, saúde e ligação corpo/mente não é recente. De facto, já Aristóteles (384-322 a.C) dizia que a alma e o corpo se complementavam, e que uma mudança no estado de alma se traduzia numa mudança no corpo e vice-versa (George, 2001 citado por Silva, Barbosa, Dobrachinski & Feitosa, 2007, p.2).

Nos primórdios, as dores corporais, as enfermidades e o sofrimento encontravam na figura do sacerdote ou no refúgio das magias e rituais, a explicação e a possível cura para tudo aquilo que indicava doença. Nesta época da Medicina Sacerdotal, destacava-se a figura do sacerdote que aliviava a dor e praticava a arte de curar, como sendo aquela que mais próxima estava do divino (Pessotti, 1996).

Posteriormente, Hipócrates veio conferir à Medicina o carácter científico, postulando que o sangue era constituído por diferentes fluidos, e era com base no desequilíbrio destes que aparecia a doença. Este tipo de pensamento médico permitiu o afastamento do dogma e dos poderes dos mitos, conferindo ao homem o sentido de unidade organizada (Silva *et al.*, 2007). A busca da confirmação empírica para a prevalência do diagnóstico e a não separação entre a formação médica e a humanista são também características do pensamento hipocrático e do pensamento que se lhe seguiu (Galeno). Este defendia que a causa da doença se encontra dentro do homem, e que, as actividades cognitivas/afectivas e as fisiológicas se equilibravam de modo a manter uma sintonia entre mente, alma e fisiologia (Pessotti, 1996).

Com o interesse crescente pelas ciências naturais e com o desenvolvimento do espírito científico, assiste-se à separação total da mente e corpo através da filosofia de Descartes,

tendo este instituído que o estudo da mente era da responsabilidade da filosofia e da religião, enquanto à Medicina cabia o estudo do corpo. O objecto de estudo do médico ficava apenas circunscrito aos constituintes fisiológicos, não precisando de ser um humanista pois lida apenas com eventos materiais e físicos (Pessoti, 1996, p.442).

No decorrer do século XX, o saber médico apoiado apenas no cientificismo revelou-se limitado e insuficiente, uma vez que a prática clínica diária mostrava cada vez mais a importância dos fenómenos emocionais. Paralelamente, assistiu-se à evolução das Ciências Sociais e Humanas e ao desenvolvimento da teoria psicanalítica de Freud que enfatizava a importância dos aspectos internos do homem.

Começa então a surgir aquilo que designamos por psicossomática, que compreende a inseparabilidade e a interdependência dos aspectos biológicos e psicológicos. A Medicina psicossomática tem em conta o papel dos factores psicossociais que afectam a vulnerabilidade do sujeito à doença e, contempla também a interacção de factores psicossociais e biológicos no decurso da doença. Na prevenção e tratamento de enfermidades apela ao uso de terapias psicológicas, reflectindo o binómio corpo/mente. (Silva *et al.*, 2007),

Actualmente, a Medicina não é, nem pode ser, limitada ao tratamento do corpo, consistindo antes no tratamento do homem que tem um corpo que sofre, sendo que esse corpo reage a influências emocionais, culturais, sociais. Enquadrar os doentes em casos clínicos pré-estabelecidos sem uma prévia avaliação dos condicionantes e determinantes singulares de cada um, mecanizando o tratamento e a terapêutica não reflecte uma boa prática e muito menos a realidade do ser humano (Pessoti, 1996).

1.2. Emoções e Medicina

As emoções são parte integrante de qualquer tipo de relação e de comunicação, nos mais variados domínios. Na relação médico doente, os papéis de actuação de cada um são distintos e estão estabelecidos, mas as emoções representam sempre uma fracção dessa relação. As emoções do médico reflectem-se quer no doente, quer nos cuidados prestados ao mesmo, e, por sua vez também as emoções do doente podem repercutir-se no profissional de saúde (Antunes & Moeda, 2005).

Actualmente ainda parecem existir algumas lacunas no percurso formativo dos médicos (excepto na especialidade de Psiquiatria), no que diz respeito ao treino de reconhecimento de emoções como fontes de informação terapêutica provenientes do espaço clínico. De facto, desde os primeiros anos da formação em Medicina as emoções são relegadas para segundo plano, dado que o trabalho diário do médico deve requerer um controlo de emoções absoluto de modo a não comprometer o seu rigor e profissionalismo. Por

outro lado, Zimmermam (1992, citado por Ramos-Cerqueira & Lima, 2002) salienta que um dos principais atributos do médico é ter um conjunto de conhecimentos, afectos e experiências que lhe permita agir, pensar e comunicar, e que façam parte da sua identidade, apontando assim para a eliminação de barreiras entre a vida pessoal e profissional.

Ora esta concepção vem contrariar um pouco a ideia de que a característica mais valorizada no médico é a sua competência técnica, pois se a função do médico fosse apenas preservar a vida biológica dos homens e afastar a dor, a sua eficácia clínica dependeria apenas do domínio das técnicas médicas. No entanto, a eficiência clínica terá de se basear não só na aprendizagem teórica e prática que a formação lhe proporciona, mas também no sistema de valores que o médico já acarreta enquanto ser humano. Neste sentido, quando ele realiza a sua actividade clínica traz para a relação com o doente sentimentos, valores e emoções. Os aspectos estritamente médicos não são os únicos a ter em conta, temos de incluir também os aspectos existenciais de ambos. A formação humanista assume então um papel fundamental, pois quantos mais conhecimentos o médico tiver acerca do comportamento e pensamento humano, mais facilmente conseguirá lidar na prática quotidiana com a complexidade que transcende a fisiologia do homem (Pessoti, 1996).

Existem actualmente alguns princípios orientadores que os médicos deverão ter em conta na relação com os doentes, nomeadamente: assumir uma atitude de escuta e facilitar a comunicação através das perguntas abertas, transmitindo compreensão e oferecendo interesse pelos problemas das pessoas (Antunes & Moeda, 2005, p.354). Não se pode ignorar que a regulação do grau emocional entre o médico e o doente é da responsabilidade do primeiro, sendo que emoções irreflectidas podem traduzir-se numa diminuição da qualidade de cuidados prestados ao doente e no próprio bem-estar do médico.

Após a exploração da importância das emoções para o paciente, torna-se imperativo referir a importância das mesmas para médico enquanto profissional de saúde. Os médicos partilham com outras profissões como polícias, professores, controladores de tráfego aéreo, o topo da listagem das profissões mais geradoras de stress (Frasquilho, 2005, p.434). Também outro tipo de sintomatologia como fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, perturbações do sono e queixas físicas é frequentemente associada a esta população (Ramos-Cerqueira & Lima, 2002). Isto significa que há cada vez mais a necessidade de preservar a saúde física e emocional dos profissionais, evitando a exaustão e adoptando estratégias que sejam eficazes para responder aos problemas. Algumas das medidas a adoptar para promover um aumento do bem-estar nos médicos são o trabalho em equipa e a boa comunicação dentro desta, recursos de apoio adequados, metas de trabalho realistas, existência de períodos de folga para dedicar às actividades de recreação, etc. Num estudo levado a cabo em Wisconsin

(citado por Antunes & Moeda, 2005), com o objectivo de averiguar as práticas mais utilizadas pelos médicos para promoverem o próprio bem-estar, chegou-se à conclusão que passar tempo com a família e amigos, despende tempo em actividades religiosas e auto-cuidados, procurar sentido e limites no trabalho e adoptar uma filosofia optimista de vida eram as estratégias mais frequentes.

A capacidade de curar, bastante fantasiada na maioria dos jovens estudantes de Medicina, é praticamente inatingível e acarreta um grande nível de stress e pressão também para os profissionais. Assim, o médico deve concentrar-se no cuidar, compreendendo a pessoa na saúde e doença, promover uma adaptação gradual ao impacto das patologias e incentivar as pessoas a serem activas na promoção da sua saúde (Frasquilho, 2005). A humanização e o impacto das emoções assumem então um papel preponderante no contexto da Medicina, não podendo ser minorados ou ignorados, pois as consequências serão sentidas nos pacientes e nos profissionais. Por parte dos profissionais, a inteligência emocional pode constituir uma capacidade individual útil na gestão das emoções e dela falaremos no ponto seguinte.

2. Inteligência Emocional

Iremos agora explorar as várias concepções da inteligência emocional, bem como salientar as principais diferenças entre elas. Seguidamente, apresentam-se alguns estudos empíricos acerca da associação entre inteligência emocional e empatia, nomeadamente na população médica.

2.1. Um conceito, várias concepções

A inteligência emocional tem sido um dos tópicos mais estudados nos últimos anos, especialmente nas áreas sociais e organizacionais da Psicologia. Tendo em conta o impacto do conceito na comunidade em geral, mas especialmente nos psicólogos, pode dizer-se que está relacionado com outras concepções da Psicologia, como por exemplo a neurociência das emoções, a teoria da auto-regulação, estudos de metacognição e a procura de habilidades cognitivas humanas para além da inteligência tradicional (Zeidner, Matthews & Roberts, 2004).

O conceito não é recente, embora tenha sido mais popularizado com esta designação no início dos anos 90. Um dos primeiros nomes que podem ser associados à inteligência emocional remonta aos anos 30, pois já Thorndike (citado por Goleman, 1997) propunha que um dos aspectos do Q.I. fosse aquilo que designava por Inteligência Social, ou seja, a capacidade de compreender os outros e de agir adequadamente nos relacionamentos humanos. Também Sternberg (citado por Goleman, 1997) chegou à conclusão que a inteligência social é

distinta das capacidades académicas e constitui uma parte importante para um bom desempenho na vertente prática do quotidiano.

Ainda no seguimento desta ideologia de Inteligência Emocional, Gardner (1993, citado por Law, Wong & Song, 2004) incluiu a inteligência social na sua teoria das múltiplas inteligências, em que a inteligência social englobaria a inteligência intrapessoal e a interpessoal. A primeira consistiria na capacidade do simbolizar e diferenciar os próprios sentimentos, enquanto a segunda referir-se-ia à capacidade de identificar e distinguir nos outros os seus sentimentos, emoções e motivações.

Posteriormente Mayer e Salovey (2004) assumem-se como os autores do constructo, definindo-o como a capacidade de monitorizar emoções pessoais e interpessoais para regular e orientar pensamentos e acções. Porém, esta definição não foi pacífica sendo que, diversos autores (nomeadamente Daniel Goleman, 1997) contra argumentaram que a inteligência emocional pode ser desenvolvida ao longo da vida, e que o sucesso na vida pessoal, social e laboral depende mais dela do que da inteligência cognitiva. Foi então definido (Almeida, Guisande & Ferreira, 2009) que os diferentes modelos de inteligência emocional são categorizados em dois grupos distintos: os modelos de habilidades que explicam a inteligência emocional como as operações necessárias para produzir emoções e solucionar problemas (como o de Mayer e Salovey) e os modelos mistos ou de traços, que contemplam outros factores importantes para o sucesso (onde se incluem Goleman e Bar-On, 1997). Também os instrumentos de avaliação diferem consoante a categoria de modelos, ou seja, enquanto o primeiro agrupamento mede a inteligência através dos testes de habilidades, o segundo utiliza escalas de auto-relato (Almeida, Guisande & Ferreira, 2009).

De forma a percebermos melhor as diferenças entre as duas categorizações, o primeiro modelo de Inteligência Emocional foi desenvolvido em 1990 por John Mayer e Peter Salovey (citado por Mayer *et al.*, 2001, 2004). Este constructo foi definido como a capacidade de monitorizar as próprias emoções e as dos outros, de as discriminar e de as usar no pensamento e na acção. A inteligência emocional engloba assim três componentes distintos: identificação e expressão de emoções, regulação de emoções e aplicação de informação emocional para guiar a acção e o pensamento. Tendo em conta que as emoções ocorrem muitas vezes em contextos de relações, pode considerar-se que a informação emocional é em grande parte informação acerca de algumas formas de relações (Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenios, 2001). Mais tarde, este modelo inicial foi reformulado pelos seus criadores, uma vez que não estava bem explícita a importância do processamento de informação emocional. Desta forma, assumem-se quatro componentes neste novo modelo que os autores designam por ramificações (*branches*): identificação das emoções; uso das emoções para assegurar a

efectividade do pensamento e acção; compreensão das emoções; e gestão das emoções (Lyusin, 2006). Assim, o sujeito emocionalmente inteligente pode ser descrito como alguém que percebe emoções (incluindo-as no seu pensamento) e que compreende os seus significados. É também uma pessoa com maior tendência para ocupações que envolvam interacção social, e não tanto focado em tarefas administrativas ou rotineiras (Lyusin, 2006).

Já a outra concepção de Inteligência Emocional, especialmente popularizada por Daniel Goleman e Bar-On, não encara o conceito como sendo uma competência cognitiva, mas sim como um traço, ou seja um factor disposicional que enfatiza o papel dos traços de personalidade. A popularização do livro de Goleman (1997, com edição original em 1995) *Emotional Intelligence* tornou esta concepção extremamente popular entre a comunidade de psicólogos (Mayer *et al.*, 2004). De acordo com Bar-On (1997, citado por Mayer *et al.*, 2004), a inteligência emocional encara-se como capacidades não cognitivas, conhecimentos e competências que permitem lidar adequadamente com as várias situações do quotidiano. O conceito engloba assim cinco domínios: auto conhecimento (auto confiança, auto actualização e independência); capacidades interpessoais (empatia, relações interpessoais, responsabilidade social); adaptabilidade (resolução de problemas, flexibilidade, teste da realidade); gestão do stress (tolerância ao stress, controlo do impulso); e disposição geral (felicidade, optimismo).

A perspectiva de Goleman tem muitas semelhanças com a de Bar-On, divergindo mais a nomenclatura do que a essência dos conceitos; assim as cinco dimensões do modelo de Inteligência Emocional proposto por Goleman (1997) são a autoconsciência, a gestão das emoções, a automotivação, a empatia e a gestão de relacionamento de grupos. A autoconsciência diz respeito ao modo como distinguimos as nossas próprias emoções e à forma como nos adaptamos às situações com que nos deparamos. A gestão de emoções está relacionada com o auto-controlo e controlo de impulsos e emoções que nos permitem alcançar a estabilidade pessoal. A dimensão automotivação tem a ver com a persistência e a coerência dos nossos objectivos, e a concordância com a forma como os tentamos atingir. A empatia é uma habilidade que influencia o sucesso nas relações interpessoais e está ligada à capacidade para entender as emoções dos outros. Por último, a dimensão gestão de relacionamentos em grupos diz respeito à capacidade de trabalhar em equipa e resolver eventuais conflitos de forma harmoniosa e produtiva (Goleman, 1997).

Visto ser um tópico bastante estudado e debatido actualmente, é comum que lhe sejam feitas actualizações, consoante o trabalho empírico e a recolha de dados vão dando frutos nas várias investigações acerca do tema. Desta forma, numa versão mais recente e simplificada do modelo de Goleman (Goleman, Boyatzis & McKee, 2002), os domínios passam a ser apenas quatro: autoconsciência, autogestão, consciência social e administração de relacionamentos. A

autoconsciência passaria a englobar a autoconsciência emocional, a auto-avaliação precisa e a autoconfiança; a auto gestão incluiria o autocontrolo emocional, a transparência, a adaptabilidade, a superação, a iniciativa e o optimismo; a consciência social diria respeito à empatia, à consciência organizacional e ao serviço; finalmente a administração de relacionamentos seria constituída pela liderança, influência, catalisação de mudanças, solução de conflitos e trabalho cooperativo e colaborativo.

As emoções são importantes para perceber o funcionamento do ser humano e seria difícil imaginar a complexidade da acção do ser humano, baseada apenas no intelecto. Assim, as emoções orientam-nos quando temos que tomar decisões difíceis e enfrentar problemas. Pode dizer-se que cada uma das emoções representa uma predisposição para a acção, ou seja um impulso para agir. A interacção corpo e mente está também presente também na resposta fisiológica que cada emoção acarreta. Por exemplo com a ira, o sangue flui para as mãos, facilitando um movimento de defesa, enquanto com o bem-estar, desencadeia-se uma actividade acrescida no cérebro que permite um aumento da energia disponível e a inibição de sentimentos negativos (Goleman, 1997, p.28).

Goleman (1997) defende que a inteligência emocional influencia o sucesso que se pode ter nas várias áreas da vida, nomeadamente no campo laboral. Refere também que a inteligência académica pouco ou nada tem a ver com a capacidade de ser emocionalmente inteligente, uma vez que o Q.I pouco muda depois da adolescência, enquanto a inteligência emocional se desenvolve ao longo da vida, através das experiências sociais e interpessoais e do aperfeiçoamento da empatia. Assim, a dimensão emocional influencia a inteligência cognitiva, sendo limitador dizer que é o Q.I que prevê o sucesso na vida e no trabalho. A componente emocional e a cognitiva devem então complementar-se e contribuir ambas para uma optimização da performance do indivíduo na sua vida.

Em suma, pode concluir-se que inteligência emocional não é oposta ao Q.I, mas sim uma competência distinta. Isto pode traduzir-se numa diferença de perfil de acordo com o peso da componente emocional e da cognitiva, diferindo de acordo com o género. Assim, os homens com altas capacidades intelectuais caracterizam-se por serem obstinados, ambiciosos, inexpressivos e emocionalmente frios. Já os que têm maiores capacidades de inteligência emocional são extrovertidos, sociáveis, compreensivos e carinhosos. Quanto ao género feminino, elevadas capacidades intelectuais traduzem-se em confiança intelectual, introspecção, ruminação e ansiedade; as mulheres emocionalmente inteligentes expressam facilmente sentimentos, são expansivas e adaptam-se bem a situações de stress (Goleman, 1997).

Como seria de esperar, no campo da Medicina, a inteligência emocional assume uma dimensão fundamental. De modo a ter em conta o impacto das emoções no doente, o médico deve contribuir, ajudando as pessoas a gerir sentimentos perturbadores e inquietantes (como ansiedade, depressão e pessimismo), bem como beneficiar o doente tratando as suas necessidades de cuidados médicos, a par das suas necessidades emocionais (Goleman, 1997). Também na área da Enfermagem, é fundamental que se saiba lidar com as emoções dos doentes, uma vez que os seus estados emocionais são muitas vezes alterados durante a doença, em particular nas doenças graves, pois a sanidade mental apoia-se parcialmente na ilusão da invulnerabilidade. Segundo Cadman e Brewer (2001, citado por Vilela, 2006), esta ilusão pode desvanecer-se rapidamente, fazendo com que a pessoa se sinta vulnerável e ansiosa. Nesta situação, os profissionais devem ser capazes de responder com empatia, amabilidade e com preocupação genuína.

2.2. Estudos empíricos sobre a associação entre Inteligência Emocional e Empatia

A empatia é muitas vezes considerada como uma das competências subjacentes ao conceito da inteligência emocional, aplicando-se não só na esfera individual, como também ao grupo. A empatia pode também ser vista como a base que permite que se criem relações num grupo, bem como pode ser encarada como um impulso das relações do grupo para o exterior (Goleman, Boyatzis & McKee, 2002). Segundo o modelo misto de Goleman (mais recente e com os quatro domínios de inteligência emocional), a dimensão consciência social inclui a empatia, que é um dos ingredientes necessários para uma liderança emocionalmente inteligente. Por exemplo, num grupo considera-se que existe capacidade empática quando há sintonia de sentimentos de cada um dos membros, o que permite ao líder perceber e partilhar dos valores e prioridades que podem guiar o grupo. Isto significa que, a nível de liderança e de grupos, a empatia assume um papel crucial não só no que se refere a relacionamentos interpessoais, mas também na prevenção de emoções negativas que prejudiquem o grupo e na manutenção de uma sintonia grupal que permita manter um fluxo de comunicação (Goleman, Boyatzis & McKee, 2002).

Num estudo levado a cabo com o intuito de perceber a relação que existe entre o conceito de inteligência emocional e empatia foi provado que a primeira relaciona-se moderadamente com três dimensões da empatia: tomada de perspectiva, preocupação emocional e stress pessoal. Desta forma, pode referir-se que a capacidade de monitorizar e distinguir as nossas emoções e as dos outros está associada à capacidade de empatizar, ou

seja, tomar a perspectiva do outro e mostrar ãsintonia emocionalö (Miville, Carlozzi, Gushue, Schara & Ueda, 2006).

A inteligência emocional compreende a capacidade de se ãauto-perceberö emocionalmente, ser capaz de gerir e regular as próprias emoções, bem como as dos outros. Desta forma, a inteligência emocional de cada um, influencia-o não só a si próprio, mas também na forma como se relaciona com o que o rodeia. È então de prever, que, se a inteligência emocional pode estar relacionada com a maneira de construir relações, também pode afectar a qualidade dessas mesmas relações (Schutte, Malouff, Bobik, Coston, Greeson, Jedlicka, Rhodes & Wendorf, 2001).

Numa investigação sobre a inteligência emocional e a sua influência no desempenho académico, a população escolhida foram estudantes do 1º ano de Medicina (Austin *et al.*, 2005). Verificou-se que a inteligência emocional e a empatia estavam correlacionadas positivamente, tendo em conta que a empatia era uma das sub componentes da inteligência emocional.

Constantine e Gainor (2001) citam diferentes estudos (como por exemplo Caputi & Ciarrochi, 2000; Caruso, Mayer & Salovey, 1999; Schutte *et al.*, 2001), concluindo que a inteligência emocional estava correlacionada positivamente com variáveis distintas como empatia, inteligência verbal, extroversão, abertura aos sentimentos, auto-estima e satisfação com a vida.

3. Empatia

Começamos por referir a associação entre inteligência emocional e empatia, considerando agora que esta característica individual merece ser aprofundada pela sua importância no nosso trabalho. Iremos então explicitar o conceito de empatia e o seu papel nas relações interpessoais, nomeadamente no contexto clínico. Posteriormente salientaremos alguns estudos empíricos, focando em particular a associação entre empatia e satisfação no trabalho.

3.1. O conceito

A empatia varia de indivíduo para indivíduo, dependendo de factores sociais, educacionais e pessoais, manifestando-se nas relações interpessoais e sendo um importante factor clínico (Alcorta-Garza, González-Guerrero, Tavitas-Herrera, Rodriguez-Lara & Hojat, 2005).

De acordo com Goleman (1997) a empatia tem a sua origem na autoconsciência, sendo que, quanto mais se for receptivo a perceber e expressar as próprias emoções, mais facilmente se entenderão as emoções dos que nos rodeiam. A capacidade de perceber como os outros se sentem desempenha um papel fundamental no domínio das relações interpessoais, no domínio laboral e também na esfera pessoal e emocional.

Por norma a empatia é considerada um atributo cognitivo, enquanto a simpatia é predominantemente um fenómeno mais afectivo. Isto acontece porque geralmente são mais valorizados os processos cognitivos que os afectivos. Ainda assim, sabemos que não se pode separar o afecto da cognição e neste sentido, Davis (1983, 1986, citado por Miville *et al.*, 2006) propõe um modelo multidimensional de empatia que combina componentes emocionais e componentes cognitivos. Dos componentes emocionais fazem parte a preocupação acerca da empatia (simpatia, interesse pelos outros) e o stress pessoal (estados de tensão e ansiedade derivados de relações interpessoais). Os componentes cognitivos englobam a tomada de perspectiva, a capacidade de adoptar o ponto de vista dos outros e a tendência para fantasiar (Miville *et al.*, 2006).

A maioria das emoções não se transmite por palavras, mas sim através de gestos, do tom de voz e das expressões faciais. A capacidade de ler sentimentos através de pistas não verbais permite um maior ajustamento emocional, maior sensibilidade e ser mais expansivo (Goleman, 1997).

Em termos organizacionais a empatia representa a atenção e atendimento individualizado que uma determinada instituição providencia aos seus clientes, ou seja, reflecte a relação entre trabalhadores e respectivos clientes (Dormann & Keiser, 2002).

Nas últimas décadas tem-se discutido do ponto de vista teórico a importância da empatia no contexto médico; no entanto, salientam-se lacunas no que toca a estudos empíricos nesta área. Estas lacunas podem dever-se a dois grandes factores: falta de consenso acerca da definição de empatia e sua conceptualização, e ainda não ter existido um instrumento que avalie a empatia especificamente direccionado para a população médica (Alcorta-Garza *et al.*, 2005). Por outro lado, uma parte considerável da literatura existente acerca de empatia está especificamente direccionada para a população médica e para outras profissões que envolvam a prestação de cuidados. A empatia pode ser vista como um processo de compreensão dos sentimentos do doente, sem juízos críticos, e sem a necessidade de sentir com o cliente (como acontece no processo da simpatia). Foi verificado que a empatia está relacionada com os comportamentos que fazem com que o paciente se sinta confortável e importante, bem como influencia a recolha da história de vida e a tolerância do doente durante os exames físicos (Munro, Bore & Powis, 2005). Desta forma, a empatia é o pilar fundamental de uma

relação significativa e de confiança entre médico e paciente. Representa não só a capacidade do médico tomar a perspectiva do doente, mas também de mostrar que realmente se preocupa com o mesmo. A qualidade da relação médico-doente depende em grande parte das competências interpessoais do médico (Hojat, Gonella, Mangione, Nasca, Veloski, Erdmann, Callahan & Magee, 2002).

Kozier e Erb (1982, citados por Queirós, 1999) apresentam quatro etapas no processo de empatia, que se desenvolvem rapidamente, tendendo a sobrepor-se e podendo ser aplicadas ao contexto de saúde:

- identificação - permite compreender os sentimentos e a situação do outro; aquele que ajuda deve de início tomar consciência de si próprio e envolver-se na personalidade e na situação do outro;

- incorporação - esta etapa vem após a identificação, pois as exigências do outro são transmitidas à pessoa que ajuda, apesar de a experiência ser sempre a do cliente;

- repercussão - implica a compreensão dos sentimentos do outro; há interacção entre os sentimentos oriundos das suas experiências passadas e a experiência incorporada do cliente, pois os seres humanos possuem todos o mesmo potencial de sentimentos; contudo, as experiências partilhadas entre as pessoas não são necessariamente as mesmas para se compreenderem os sentimentos que lhes estão associados;

- desapego - esta etapa permite reencontrar a identidade; os resultados das três etapas precedentes são então combinados com os esclarecimentos adicionais sobre o cliente e todas as informações são utilizadas para responder ao cliente.

Num estudo de Hojat e colaboradores (2004) pretendia-se verificar se há um declínio de empatia no decorrer do curso de Medicina. Esta hipótese foi avançada uma vez que se pressupunha que actualmente, no ensino da Medicina se cultiva um certo distanciamento afectivo e emocional do doente, de modo a se alcançar aquilo que se designa por òimparcialidade clínicaö. Marcus (1999, citado por Hojat, Mangione, Nasca, Rattner, Erdmann, Gonnella, & Magee, 2004) propõe que esta identificação dos estudantes com um modelo òfrioö de prestação de cuidados pode ser também reflexo de um excessivo peso da tecnologia, bem como de um sentido de pertença a uma classe òprivilegiadaö (elitismo). Apesar do avanço das tecnologias no campo da Medicina, a importância de estabelecer uma relação de confiança com o paciente não pode ser descurada, sendo que a preocupação pelo doente no contexto da sua doença, requer humanidade por parte do profissional que o acompanha. Engel (1990, citado por Hojat, Mangione, Nasca, Rattner, Erdmann, Gonnella, & Magee, 2001) defende que os profissionais de saúde devem ser òeducadosö e formatados não só nos aspectos científicos e biomédicos das doenças, mas também nos factores psicossociais inerentes às mesmas,

concluindo que o diálogo e a compreensão são ferramentas indispensáveis no exercício clínico.

Em suma, a empatia é vista como uma condição essencial para o desenvolvimento, crescimento, funcionamento e maior capacidade de enfrentar os problemas do dia-a-dia, tornando o doente cada vez mais independente para o auto-cuidado (Takaki & Sant`Ana, 2004) embora sem comprometer a satisfação do médico com o seu trabalho.

3.2. Estudos empíricos sobre a associação Empatia e Satisfação no Trabalho

A empatia no contexto de trabalho não implica adoptar as emoções alheias, mas sim dar importância aos sentimentos dos funcionários, e tomá-los em consideração para tomar decisões eficazes (inclusive do ponto de vista emocional). Se as emoções forem expressadas de forma apropriada, os líderes serão capazes de captar sentimentos alheios, consolidando assim um sistema de orientação emocional. A empatia assume um papel imprescindível na eficácia social da vida profissional (Goleman, Boyatzis & McKee, 2002). Ora a satisfação do profissional de saúde está associada com a satisfação dos pacientes e com bons resultados nos pacientes (em termos médicos e relacionais). Num estudo de Stoddard e colaboradores (2001, citado por Reed, Jernstedt & McCormick, 2004) concluiu-se que os determinantes mais relevantes da satisfação no trabalho em médicos eram a autonomia, o altruísmo, padrões éticos elevados, o sentido de compromisso com as necessidades da sociedade e valores humanos, como a integridade, confiança e empatia. Verificou-se ainda que, de um modo geral, em medicina, as mulheres tendem a ser mais empáticas do que os homens; também existem evidências de que os profissionais das especialidades médicas mais orientadas para o doente obtêm valores mais altos de empatia do que os profissionais das áreas que são mais orientadas para a tecnologia (Alcorta- Garza *et al.*, 2005).

De modo a perceber também o impacto da empatia do profissional de saúde no doente, Wilkin (2007) verificou que os doentes recuperam melhor, sentem-se mais seguros e colaboram mais no tratamento, nas situações em que o profissional auxilia no processo, revelando empatia para com o doente e a sua situação. Por outro lado, a ausência de empatia tem um impacto negativo, gerando no doente sentimentos de medo, ansiedade, confusão emocional, depressão e por vezes raiva para com o profissional, bem como falta de confiança nos cuidados recebidos. Deste modo, o conhecimento científico e a habilidade técnica de um profissional de saúde são importantes, mas de pouco adiantarão, se este não apresentar um bom relacionamento pessoal, isto é, se não for empático.

Numa investigação levada a cabo com estudantes de Medicina, a satisfação profissional resultava de cinco factores: ser um bom comunicador com os pacientes, ter uma vida pessoal e profissional equilibradas, estar envolvido nas decisões de tratamento por parte dos doentes, aperfeiçoar o conhecimento intelectual e profissional e ter uma profissão onde o principal objectivo é servir a humanidade, aplicando princípios e valores morais (Reed *et al.*, 2004).

4. Satisfação no Trabalho

Sentimos agora necessidade de explorar o conceito de satisfação no trabalho, referindo também a sua evolução ao longo do tempo, pois a satisfação no trabalho pode afectar quer a empatia, quer a inteligência emocional dos médicos. Abordaremos também alguns estudos que relacionam a satisfação no trabalho e a inteligência emocional, especialmente em contexto de saúde.

4.1. O conceito

A satisfação no trabalho é uma medida de avaliação dos trabalhadores e por vezes, tem sido usada para perceber o nível de bem-estar no trabalho, sendo um conceito central na Psicologia organizacional. Está relacionado com o emprego e com o tipo de resultados subjacentes a este, como por exemplo o comprometimento organizacional, satisfação com a vida e performance no trabalho (Cohrs, Abele & Dette, 2006). Historicamente, este conceito tem as suas bases no trabalho de Taylor e na Organização Científica do Trabalho, segundo a qual a gestão do trabalho deveria assegurar o máximo de produtividade e deveria haver cooperação entre operários e gestores, o que conduziria à satisfação com o trabalho (Vieira, 2005). Perante uma filosofia extremamente mecanicista e desumanizada aplicada ao contexto de trabalho, surgem outros investigadores com ênfase no movimento das relações humanas, nomeadamente Elton Mayo (Vieira, 2005). Esta concepção permite concluir que as motivações do indivíduo não são necessariamente determinadas por razões económicas e de segurança, mas sim também pelo desenvolvimento de relações que a pertença a uma organização lhe permite.

Posteriormente, uma concepção mais recente acerca do tema, designada por escola do desenvolvimento (finais da década de 50) veio demonstrar que a satisfação dos profissionais depende não só de factores externos ao sujeito, como também da sua personalidade (Vieira, 2005). Desta forma, segundo Herold, House e Shane (1996, citados por Judge, Heller & Mount, 2002), nas duas últimas décadas muitos estudos têm sido realizados, com o intuito do

provar que a satisfação no trabalho está, em parte, determinada pela personalidade do sujeito. Uma das teorias mais exploradas é a da afectividade positiva (PA) e afectividade negativa (NA) do temperamento (Watson, 2000, citado por Judge *et al.*, 2002). Assim, enquanto indivíduos com elevada afectividade positiva tendem a experienciar mais emoções positivas, os que, por sua vez possuem níveis elevados de afectividade negativa experimentam emoções negativas. A correlação da teoria da afectividade com a satisfação no trabalho é moderadamente positiva para a afectividade positiva e moderadamente negativa para a afectividade negativa (Connolly & Viswesvaran, 2000, citados por Judge *et al.*, 2002).

De acordo com outras concepções teóricas, os determinantes da satisfação no trabalho podem ser fruto de factores situacionais, factores disposicionais e factores interactivos. De acordo com os factores disposicionais, a satisfação no trabalho reflecte as características do trabalho. Os factores disposicionais têm a ver com características individuais dos sujeitos, independentemente das condições do trabalho. Já os factores interactivos baseiam-se na conjugação dos factores disposicionais e dos factores situacionais (Cohrs, Abele & Dette, 2006).

Ferreira, Neves e Caetano (2001), com o objectivo de sistematizar a panóplia de teorias que formulam explicações para a satisfação no trabalho, sugerem onze teorias: Teorias de conteúdo; Hierarquia das necessidades de Maslow; Teoria dos factores motivadores; Teoria das necessidades de McClelland; Teoria da expectativa; Teoria da equidade; Teoria da tarefa enriquecida; Teoria do resultado; Teoria da fixação de objectivos; Teoria do reforço; e Perspectiva integradora. Não tendo oportunidade de explorar todas estas teorias de forma aprofundada, salientamos a Teoria da Hierarquia de Necessidades de Maslow, visto ser uma das mais conhecidas. Esta concepção tem como ideia base que o ser humano tem diferentes tipos de necessidades que se encontram hierarquizadas. Esta hierarquia define que em primeira instância se encontram as necessidades básicas ou fisiológicas, seguida da necessidade de segurança, das de afecto e pertença, das necessidades de estima e no topo da pirâmide encontram-se as de auto-realização. Desta forma pode dizer-se que o indivíduo é movido por diversas necessidades, sendo que umas são mais importantes que outras, havendo por isso uma hierarquia na sua satisfação. Por outro lado, apenas quando o estágio anterior de necessidade é satisfeito, é que o indivíduo prossegue para os estádios seguintes. Este tipo de concepção pode então ser aplicado ao contexto de trabalho, uma vez que se o sujeito não tiver as condições mais básicas asseguradas, não conseguiria atingir as mais complexas e que exigem mais dele. Contudo, deve salientar-se que, apesar de relevante na explicação do comportamento humano, a teoria de Maslow foi muito criticada, acima de tudo por não ter grandes comprovações empíricas e por ser demasiado mecanicista (Vieira, 2005).

A motivação e a satisfação no trabalho podem por vezes ser considerados erroneamente como equivalentes. De facto, embora tenham alguns pontos de convergência, a satisfação está mais relacionada com o que separa os desejos do sujeito relativamente ao que ele consegue realmente. Ambos os conceitos estão relacionados não só com o comportamento do trabalhador, mas também dependentes das características da instituição. Desta forma, quando se refere a satisfação no trabalho devem ter-se em conta aspectos como o bem-estar, o funcionamento psicológico do sujeito, bem como o funcionamento da organização e a produtividade (Vieira, 2005). Por outro lado, os relacionamentos de trabalho, o ambiente, a justiça ou a injustiça das recompensas, as perspectivas de trabalho e os regimes de trabalho são factores que influenciam o grau de satisfação no trabalho, e, consequentemente a motivação (Mendes, 2005).

Actualmente grande parte das pessoas passa muito tempo no local de trabalho, conjugando não só o esforço físico mas também o intelectual, de modo a coordenar as expectativas, as frustrações e os benefícios do trabalho. Torna-se então importante delinear estratégias ao nível dos recursos humanos, para que o local de trabalho seja uma fonte de bem-estar e felicidade (Vieira, 2005).

No contexto da Medicina os factores sociais e relacionais no trabalho parecem ser aqueles que mais contribuem para a insatisfação no trabalho, afectando também a motivação para o mesmo. Os motivadores intrínsecos (como altruísmo, humanismo) estão patentes nos médicos, mas, altas expectativas destes valores podem repercutir-se em frustrações. Felício (1992, citado por Frasquilho, 2005) conclui que, os factores que mais contribuem para a insatisfação no trabalho do médico são o clima organizacional e as condições de trabalho, afectando deste modo a sua empatia e a sua inteligência emocional.

4.2. Estudos empíricos sobre a associação entre Satisfação no Trabalho e Inteligência Emocional

A inteligência emocional engloba as capacidades que são necessárias para a resolução dos problemas do dia-a-dia, influenciando também a resolução de problemas pouco definidos e que não possuem necessariamente uma resposta correcta. Por exemplo, algumas das situações que requerem inteligência emocional, são os conflitos no trabalho e a adaptação a novos ambientes. Não é raro encontrar pessoas que possuem uma boa inteligência académica, sem serem bem sucedidos em outros níveis da vida, como as relações interpessoais, os conflitos familiares ou laborais (Zee, Thijs & Schakel, 2002). Desta forma é defendido que a inteligência emocional afecta vários comportamentos relacionados com o trabalho,

nomeadamente o comprometimento do indivíduo com a sua organização, o trabalho em equipa, a inovação e a qualidade do serviço. Segundo Cooper (1997, citado por Zeidner *et al.*, 2004), os dados de investigações indicam que as pessoas com elevados níveis de inteligência emocional experienciam maior sucesso na carreira, constroem relações interpessoais mais sólidas, têm um perfil mais adequado para a liderança e têm um funcionamento mais saudável do que pessoas com baixo nível de inteligência emocional.

Daniel Goleman interessou-se também pelo impacto que a inteligência emocional tem nos vários aspectos da vida de uma pessoa, especialmente aqueles que não são facilmente explicados pelo tradicional Quociente de Inteligência (Q.I). Um estudo longitudinal com 450 rapazes levado a cabo em Massachusetts pretendia verificar se havia relação entre o Q.I e o futuro desempenho no resto das suas vidas, nomeadamente qual seria o seu desempenho no trabalho. Chegou-se à conclusão que, muito mais importante que o valor do Q.I., eram as capacidades de lidar com a frustração, controlar emoções e conseguir relacionar-se com outras pessoas (Snarey & Vaillant, 1985).

A inteligência emocional pode então contribuir para a qualidade das relações laborais das pessoas uma vez que as emoções servem não só para comunicar e socializar, mas também para identificar e interpretar as nossas emoções e as dos outros. Isto significa que a inteligência emocional influencia afectos positivos e as atitudes no trabalho. Tentando comprovar estas orientações teóricas sobre o impacto da inteligência emocional no trabalho, um estudo com 44 analistas veio a confirmar que a inteligência emocional está relacionada com vários indicadores da performance no trabalho, nomeadamente a posição na hierarquia da instituição, a progressão na carreira por mérito, níveis de facilitação interpessoal, afectos e atitudes (Lopes, Grewal, Kadis, Gall & Salovey, 2006).

Numa outra investigação com o objectivo de averiguar a influência da inteligência emocional e da aceitação psicológica no bem-estar (incluindo este saúde mental, bem estar físico e satisfação com o trabalho) no local de trabalho, concluiu-se que òhavia evidências de existir pelo menos uma associação positiva entre inteligência emocional e performance no trabalhoö (Donaldson-Feilder & Bond, 2004, p.190). Embora a inteligência emocional possa correlacionar-se positivamente com alguns aspectos do bem-estar no local de trabalho, não foram encontrados resultados que permitam confirmar uma associação entre satisfação no trabalho e inteligência emocional.

Por outro lado, Weisinger (1998, citado por Nikolaou & Tsaousis, 2002) sugere que existe uma relação directa entre inteligência emocional e sucesso no trabalho. Num estudo de Dulewicz e Higgs (1998, citado por Nikolaou & Tsaousis, 2002) em que se compara a contribuição da competência cognitiva e das competências de inteligência emocional na

performance do trabalho, foi encontrada uma variância de 36% explicada pela inteligência emocional e uma variância de 27% para a inteligência cognitiva tradicional. Estes valores podem também ser influenciados pelo facto da inteligência emocional ter um papel muito importante no fenómeno da liderança, em contexto organizacional.

Uma concepção teórica recente proposta por Ashkanasy, Hartel e Jordan (2002, citado por Zeidner *et al.*, 2004) assume que a inteligência emocional funciona como variável moderadora que pode atenuar possíveis reacções emocionais e comportamentais negativas perante a insegurança no trabalho. Assim, indivíduos com baixo nível de inteligência emocional supostamente são mais susceptíveis a emoções negativas do que os que possuem um nível mais elevado, podendo esta susceptibilidade conduzir a estilos desadaptativos de *coping* e a processos de tomada de decisão defensivos.

Tentamos neste enquadramento teórico descrever não só os principais conceitos que iremos avaliar no estudo empírico, mas também referir os resultados de trabalhos efectuados sobre este tema. Avançamos seguidamente para a descrição do estudo empírico efectuado.

CAPÍTULO II

ESTUDO EMPÍRICO

Pretendemos neste ponto do trabalho descrever a metodologia utilizada no âmbito do estudo empírico efectuado, para em seguida apresentarmos e discutirmos os resultados obtidos.

1. Metodologia

Este estudo apresenta como **objectivo** verificar se existem relações entre inteligência emocional, empatia e satisfação no trabalho em médicos. Em função deste objectivo, formulamos as seguintes **hipóteses**:

- H1 - existe uma correlação positiva entre inteligência emocional e empatia.
- H2 - existe uma correlação positiva entre empatia e satisfação no trabalho.
- H3 - existe uma correlação positiva entre inteligência emocional e satisfação no trabalho.

Descrevemos seguidamente os instrumentos e procedimentos utilizados no estudo empírico, para em seguida caracterizarmos a amostra de médicos inquiridos.

1.1. Instrumentos

Para atingirmos o objectivo proposto, construímos um questionário composto por quatro grandes grupos de questões. O Grupo I é constituído pela caracterização sócio-demográfica e profissional, ou seja, questões que permitem obter dados acerca de variáveis como sexo, idade, estado civil, anos de trabalho, região em que trabalha, regime de trabalho e tipo de horário. A opção de colocar estas questões sócio-demográficas no questionário justificam-se na medida em que, o sexo, a idade, estado civil e região de trabalho são importantes para caracterizar o sujeito. A especialidade médica é fundamental visto que nos permite averiguar as diferenças entre os vários profissionais. Além disso, sentimos necessidade de incluir outro tipo de questões mais especificamente relacionadas com o trabalho, como por exemplo há quantos anos exerce a profissão, tipo de vínculo, tipo de horário e média de horas semanais de trabalho. Consideramos que estes dados podem influenciar as respostas, uma vez que condicionam o *modus operandi* de cada um dos médicos inquiridos.

O Grupo II é composto pela *The Jefferson Scale of Physician Empathy* é a escala traduzida e adaptada para português (tarefa que efectuamos em conjunto com Rodrigues, 2008), tendo como objectivo avaliar a empatia em prestadores de cuidados de saúde aos doentes (Hojat *et al.*, 2001). É constituída por 20 itens medidos numa escala de tipo Likert de sete valores (desde o 1, discordo totalmente, até ao 7, concordo totalmente). Este instrumento

foi construído com base em diferentes factores, nomeadamente colocar-se na perspectiva do doente, compreender sentimentos e experiências e a capacidade para pensar como o doente (Hojat *et al.*, 2005). No que se refere à consistência interna (Quadro 1), verificamos que os valores são mais altos surgem nos estudos de Hojat e colaboradores (2001), versão original do instrumento e com maior número de inquiridos. No estudo português efectuado por Rodrigues (2008), embora o número de participantes seja maior do que no nosso estudo, os valores de Alfa são menores do que na nossa amostra.

Quadro 1. Valores do Alfa de Cronbach para a Jefferson Scale of Physician Empathy

Estudos	Variável	Total Empatia
Alcorta-Garza e colaboradores (2005)		0,740 (N=1022) 0,870 (N=41)
Hojat e colaboradores (2001)		0,890 (N=193)
Rodrigues (2008)		0,665 (N=74)
Neste estudo		0,784 (N=35)

Do Grupo III faz parte a Escala de Inteligência Emocional, adaptada por Vilela (2006) para a realidade das funções laborais desempenhadas por enfermeiros, a partir da Escala de Capacidades de Inteligência Emocional, originalmente construída por Veiga Branco (2004) e destinada a professores. Iremos utilizar apenas a segunda parte do instrumento de Vilela, que visa abordar as percepções pessoais de cada sujeito relativamente à sua destreza em cada uma das capacidades da Inteligência Emocional. Esta parte da escala é constituída por 85 itens que contemplam, numa escala de Likert de 7 valores, os cinco grupos de capacidades da Inteligência Emocional (Capacidade de Auto-consciência, Gestão de Emoções, Auto-motivação, Empatia, Gestão de Relacionamento de Grupo). A amostra de Vilela consiste em 214 enfermeiros, número bastante superior aos nossos 35 questionários recolhidos, podendo influenciar os resultados da fidelidade. De um modo geral, verificamos (Quadro 2) que todos os valores se encontram ligeiramente abaixo dos valores de Vilela (2006) e de Forte (2009). No entanto, é de salientar que, em todos os estudos, a dimensão com mais fidelidade é a dimensão Gestão de Relacionamentos e a dimensão Empatia. Na nossa investigação obtivemos um valor de alfa bastante baixo (0,356) para a dimensão auto-consciência, sendo este o valor que mais se distancia dos estudos referidos. Comparando os nossos valores com os de Forte (2009) e de Vilela (2006), verifica-se que todos os alfas são mais baixos. Este resultado pode dever-se ao número reduzido da nossa amostra e ao facto de nos estudos de

Forte (2009) e de Vilela (2006) terem sido utilizadas amostras constituídas por enfermeiros enquanto nós utilizamos uma amostra de médicos.

Quadro 2. Valores do Alfa de Cronbach para a Escala de Inteligência Emocional

Estudos \ Variáveis	Total I.E	Auto-consciência	Gestão de emoções	Auto-motivação	Empatia	Gestão de relacionamentos em grupos
Vilela (2006) (N=214)	-	0,71	0,69	0,75	0,83	0,85
Forte (2009) (N=65)	0,93	0,74	0,75	0,78	0,90	0,86
Neste estudo (N=35)	0,841	0,356	0,654	0,681	0,787	0,840

O Grupo IV inclui a Escala de Satisfação Profissional Multidimensional, escala que avalia satisfação com o trabalho, da qual utilizamos apenas as 30 afirmações mais direccionadas para a satisfação com as actividades profissionais. A versão original deste instrumento pertence a Stamps (1978), tendo sido elaborada para avaliar o grau de satisfação profissional de um grupo de enfermeiros, utilizando uma escala de tipo Likert de cinco valores (desde 1, discordo totalmente, até 5, concordo totalmente). Utilizamos a tradução portuguesa referida por Churro (2006) e por Rodrigues (2000), apresentando esta na nossa amostra um valor razoável na consistência interna (Quadro 3).

Quadro 3. Valores do Alfa de Cronbach para a Escala de Satisfação Profissional

Estudo \ Variável	Total Satisfação no Trabalho
Neste estudo (N=35)	0,730

1.2. Procedimentos

O questionário é de auto-preenchimento e anónimo e foram utilizados dois procedimentos de entrega aos inquiridos: através de alguns informantes estratégicos que servem como elo de ligação entre o investigador e a amostra, ou através do correio, fechados num envelope e entregues no local de trabalho dos participantes, após contacto prévio efectuado com os informantes estratégicos.

Depois da recolha de dados, estes foram introduzidos numa matriz de dupla entrada e analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15, permitindo a análise descritiva e o cálculo dos testes estatísticos adequados aos objectivos do estudo.

1.3. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo não é, nem pretendia ser, representativa de toda a população médica, dados os limites temporais deste trabalho. A amostra é constituída por 35 médicos, cujos questionários foram recolhidos usando o método de bola de neve. A amostra de bola de neve caracteriza-se por o investigador construir a amostra de população especial através de um conjunto inicial de informadores, que fornecem nomes de outros potenciais membros (Ribeiro, 1999). É uma amostra não probabilística, e optamos por este método por termos constatado a dificuldade de encontrar uma amostra representativa de médicos dada a variação das especialidades e a dificuldade em aceitarem participar no estudo. Consideramos que 35 inquiridos, apesar de não ser a amostra ideal, constituem um grupo que nos permite tirar algumas conclusões válidas, não pretendendo generalizar os resultados pela dificuldade na representatividade da amostra.

Antevendo a dificuldade de conseguir que a grande parte dos profissionais devolvesse os questionários devidamente preenchidos, é de salientar que apesar do total de questionários usados neste estudo serem 35, foram distribuídos cerca de 60. No entanto, devido à extensão do inquérito, e devido às limitações decorrentes de uma amostra por bola de neve, não nos foi possível contar com a totalidade dos questionários, tendo tido uma taxa de devolução de apenas 58%.

Caracterizando a amostra utilizada, no que se refere ao género (Quadro 4) verifica-se uma distribuição similar entre homens e mulheres, sendo que o género masculino constitui 49% da amostra e o feminino 51%.

Quadro 4. Distribuição por género

Género	Frequência	Percentagem
Masculino	17	48,6
Feminino	18	51,4
Total	35	100,0

Relativamente à especialidade médica (Quadro 5), verifica-se que 51% da amostra são clínicos gerais, enquanto o resto da amostra (49%) se distribui por diferentes especialidades.

Quadro 5. Distribuição por tipo de especialidade

Tipo de especialidade	Frequência	Percentagem
Clínica geral	18	51,4
Outras especialidades	17	48,6
Total	35	100,0

Quanto à distribuição pelas diferentes especialidades (Quadro 6), verifica-se que a especialidade Pediatria constitui 17% da amostra. Cirurgia Geral e Ginecologia/Obstetrícia representam 6% da amostra cada uma, enquanto as restantes especialidades reflectem 3% da amostra cada uma.

Quadro 6. Distribuição por especialidade

Especialidade	Frequência	Percentagem
Cirurgia geral	2	5,7
Cirurgia plástica	1	2,9
Endocrinologia	1	2,9
Ginecologia/Obstetrícia	2	5,7
Neurologia	1	2,9
Ortopedia	1	2,9
Pediatria	6	17,1
Psiquiatria	1	2,9
Reumatologia	1	2,9
Urologia	1	2,9
Clínica geral	18	51,4
Total	35	100,0

No que diz respeito à variável estado civil (Quadro7), verifica-se que grande parte de amostra se encontra casado ou em união de facto (77%). Os sujeitos divorciados, viúvos ou separados são os que se encontram em menor percentagem.

Quadro 7. Distribuição por estado civil

Estado civil	Frequência	Percentagem
Solteiro	6	17,1
Casado ou união de facto	27	77,1
Divorciado, separado ou viúvo	2	5,7
Total	35	100,0

No que se refere à região de trabalho (Quadro 8), regista-se uma predominância de médicos da zona Centro do país (71%). Os trabalhadores da zona Sul são os que estão em menor percentagem. Esta discrepância acontece devido ao facto da amostra ser por óbola de neve, sendo que a maioria dos informadores trabalham na zona Centro.

Quadro 8. Distribuição por região de trabalho

Região onde trabalha	Frequência	Percentagem
Norte	8	22,9
Centro	25	71,4
Sul	2	5,7
Total	35	100,0

Quanto ao vínculo/regime do trabalho (Quadro 9), verifica-se 71% da amostra trabalha na função pública, enquanto a percentagem menor corresponde aos médicos que trabalham apenas no sector privado.

Quadro 9. Distribuição por vínculo/regime de trabalho

Vínculo/ Regime de trabalho	Frequência	Percentagem
Privado	4	11,4
Função pública	25	71,4
Ambos	6	17,1
Total	35	100,0

Relativamente ao tipo de horário de trabalho (Quadro 10), observa-se uma predominância do horário fixo (62%).

Quadro 10. Distribuição por tipo de horário de trabalho

Horário de trabalho	Frequência	Percentagem
Fixo	21	61,8
Não fixo	13	38,2
Total identificado	34	100,0
Omisso	1	
Total	35	

De modo a pormenorizar ainda mais a amostra, optámos por incluir nesta caracterização também os valores para as idades, anos de profissão e média de horas semanais de trabalho (Quadro 11). Assim, verifica-se que a média das idades é de 42 anos, variando entre 25 e 58 anos. O número médio de anos de profissão é de 16 anos, variando entre 1 e 30 anos. A média de horas semanais de trabalho é de 46.6 sendo o valor mínimo de 32h e o máximo de 80h.

Quadro 11. Valores para idade, anos de profissão e horas semanais de trabalho

Variável	Mínimo	Máximo	Média (desvio padrão)
Idade	25	58	42,26 (11,341)
Anos que exerce a profissão	1	30	16,41 (10,704)
Horas semanais de trabalho	32	80	46,60 (10,144)

Tendo terminado a caracterização da amostra, apresentaremos em seguida a análise e discussão dos resultados.

2. Apresentação dos resultados

A análise descritiva permite-nos caracterizar os dados através de valores únicos que resumem o comportamento das variáveis em estudo (Maroco & Bispo, 2003, p.31). Para a apresentação de resultados optamos por começar com a análise quantitativa e qualitativa do grau de satisfação com o trabalho (Quadro 12), verificando que 46% da nossa amostra se encontra razoavelmente satisfeito com o trabalho e 40% se encontra satisfeito. Esta distribuição é consonante com a média encontrada (3.6), que se localiza entre a resposta 3 (razoavelmente satisfeito) e 4 (satisfeito). É de referir que numa escala de 0 a 5, a resposta mínima que obtivemos foi a 2 (pouco satisfeito), apenas assinalada por 1 participante (3%), enquanto o valor máximo 5 (muito satisfeito) foi sinalizado por 4 participantes.

Quadro 12. Grau de satisfação com o trabalho

Grau de satisfação	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nada satisfeito (1)	0	0	0
Pouco satisfeito (2)	1	2,9	2,9
Razoavelmente satisfeito (3)	16	45,7	48,6
Satisfeito (4)	14	40,0	88,6
Muito satisfeito (5)	4	11,4	100,0
Total	35	100,0	100,0
Mínimo 2	Máximo 5	Média 3,6	Desvio padrão 0,736

No que se refere à satisfação no trabalho e respectivas dimensões (Quadro 13), verifica-se que as dimensões que registam médias mais altas são a satisfação com a posição sócio-profissional (16.03) e a satisfação com a realização profissional (14.0). Ambas atingem o máximo teórico possível (20), divergindo no mínimo atingido, pois a primeira regista o valor 10 e a segunda o valor 7 para um mínimo teórico de 0. Por outro lado, as dimensões que registam as médias mais baixas são a satisfação com o salário (9.43) seguida da satisfação com as condições de trabalho (10.80). Estas duas dimensões, juntamente com a satisfação com a chefia e a satisfação com a organização e direcção, atingiram todas o mesmo mínimo (4 *versus* 0). Quanto ao valor total de satisfação, a média situa-se nos 76.69 e o máximo atingido é de 96 (*versus* 120), o que constitui um valor relativamente baixo, embora o mínimo atingido seja bastante superior ao mínimo teórico (55 *versus* 0).

Quadro 13. Médias para a satisfação com o trabalho e suas dimensões

Dimensões	Médias	Desvio padrão	Mínimo (mínimo teórico possível)	Máximo (máximo teórico possível)
Satisfação com o salário	9,43	2,852	4 (0)	16 (20)
Satisfação com as condições de trabalho	10,80	3,261	4 (0)	17 (20)
Satisfação com a chefia	12,46	3,721	4 (0)	19 (20)
Satisfação com organização e direcção	13,17	3,356	4 (0)	18 (20)
Satisfação com a posição sócio-profissional	16,03	2,491	10 (0)	20 (20)
Satisfação com a realização profissional	14,80	3,179	7 (0)	20 (20)
Total da satisfação	76,69	10,696	55 (0)	96 (120)

Comparando os nossos resultados com o estudo efectuado por Churro (2006) para avaliar a satisfação no trabalho de 112 membros da P.S.P. portuguesa (Quadro 14), concluímos que, tal como no nosso, as dimensões com médias mais baixas são a satisfação com o salário (5.29) e a satisfação com as condições de trabalho (9.80). Uma diferença que pode ser assinalada é que na amostra da P.S.P., a dimensão que regista valores mais altos é a satisfação com a organização e direcção, enquanto na nossa amostra é a satisfação com a posição sócio-profissional. Tais diferenças podem dever-se às características inerentes a cada profissão, nomeadamente às relações de poder e hierarquia, bem como à percepção da própria imagem que estes profissionais acham que têm na sociedade, pois é muito diferente a actividade profissional e o estatuto social de um médico e a de um polícia.

Quadro 14. Médias para a satisfação com o trabalho no estudo de Churro (2006)

Dimensões	Médias	Desvio padrão
Satisfação com o salário	5,29	2,48
Satisfação com as condições de trabalho	9,80	3,10
Satisfação com a chefia	13,30	3,63
Satisfação com organização e direcção	16,19	3,15
Satisfação com a posição sócio-profissional	14,80	3,17
Satisfação com a realização profissional	14,63	3,98

Relativamente à empatia (Quadro 15), encontramos uma média de 111, tendo obtido 92 como mínimo e 131 como máximo. Estes valores reflectem uma média razoavelmente alta, sendo que o mínimo encontrado é bastante superior ao mínimo teórico possível (20). Por comparação com outros estudos, verifica-se que na investigação com estudantes de Medicina de Hojat e na de enfermeiros de Rodrigues (2008), as médias de empatia são superiores à nossa amostra (118 em ambas, com D.P de 11 para Hojat e 9.9 para Rodrigues). Por outro lado, o nosso resultado é superior à média registada por Alcorta- Garza (média=110.4; DP =14.1), no seu estudo com estudantes de Medicina do México.

Quadro 15. Médias para a Empatia

Valores Estudos	Média	Desvio padrão	Mínimo (mínimo teórico possível)	Máximo (máximo teórico possível)
Neste estudo (médicos - Portugal)	111	9,133	92 (20)	131 (140)
Hojat (2001, estudantes medicina ó E.U.A)	118	11	-	-
Alcorta-Garza (2005, estudantes medicina - México)	110,4	14,1	-	-
Rodrigues (2008, enfermeiros - Portugal)	118	9,9	-	-

No que se refere à inteligência emocional e suas cinco dimensões, encontramos valores relativamente baixos (Quadro 16). Na dimensão Auto-consciência a média encontrada foi de 74.5, sendo o valor mínimo 52 (*versus* 20) e o valor máximo foi 88 (muito aquém do máximo possível 140). Na dimensão Gestão de Emoções obtivemos um valor mínimo de 34 (*versus* 18), um máximo de 77 (*versus* 126) e uma média de 61.1. Na Auto-motivação a média foi de 69.8, o mínimo 36 (*versus* 21) e o máximo de 87 (bastante inferior a 147), o que são valores bastante baixos. Na dimensão Empatia a média obtida foi 52.5, com valor mínimo de 37 (*versus* 12) e máximo de 64 (*versus* 84). Apesar de os valores não serem muito elevados, foi uma das duas dimensões que obtiveram melhores resultados nesta escala. Quanto à Gestão de Relacionamentos em Grupos, apresenta resultados razoáveis, com o mínimo de 47 (*versus* 14), um máximo de 76 (98 possível teoricamente) e uma média de 59.5. Quanto ao total de Inteligência Emocional, a média foi 317.4, o valor máximo obtido foi 367 (bastante abaixo do máximo possível 595) e o mínimo obtido foi 217 (*versus* 85).

Quadro 16. Médias para a inteligência emocional e suas dimensões

Dimensões	Médias	Desvio padrão	Mínimo (mínimo teórico possível)	Máximo (máximo teórico possível)
Auto-consciência	74,51	7,245	52 (20)	88 (140)
Gestão de emoções	61,11	10,090	34 (18)	77 (126)
Auto-motivação	69,77	11,855	36 (20)	87 (147)
Empatia	52,54	6,758	37 (12)	64 (84)
Gestão de relacionamentos em grupos	59,46	7,465	47 (14)	76 (98)
Total Inteligência emocional	317,40	30,262	217 (85)	367 (595)

Decidimos apresentar também, a título de comparação, os valores obtidos no estudo de Vilela (2006) com uma amostra de 214 enfermeiros (Quadro 17). Verificamos que os valores são todos superiores aos obtidos no nosso estudo. Este facto pode ser justificado parcialmente pela diferença na amostra (35 para 214), mas é de questionar se esta discrepância não implica ponderar que realmente exista uma diferença de inteligência emocional entre médicos e enfermeiros. É também de referir que as dimensões que se destacam pelos máximos mais altos atingidos são precisamente aquelas que se destacam no nosso estudo, ou seja, a empatia e a gestão de relacionamento em grupos. Já para o total de Inteligência Emocional no estudo de Vilela (2006) o mínimo atingido foi 253 (versus 85), o máximo foi 419 (consideravelmente superior ao nosso máximo obtido) e a média 332.4. Podemos então pensar que os médicos apresentam níveis inferiores de inteligência emocional quando comparados com enfermeiros.

Quadro 17. Médias para a inteligência emocional e suas dimensões no estudo de Vilela (2006)

Dimensões	Médias	Desvio padrão	Mínimo (mínimo teórico possível)	Máximo (máximo teórico possível)
Autoconsciência	81,06	10,18	56 (7)	112 (140)
Gestão de Emoções	63,85	9,56	27 (7)	87 (126)
Automotivação	72,08	10,03	41 (7)	106 (147)
Empatia	53,53	7,49	37 (7)	75 (84)
Gestão de relacionamentos em grupos	61,91	8,58	45 (7)	89 (98)
Total I.E	332,44	32,59	253 (85)	419 (595)

Por curiosidade, optámos por fazer um estudo comparativo em função do género e da especialidade médica (clínica geral e outras especialidades), e escolhemos estas duas variáveis pelo facto de a amostra estar equilibrada nestes domínios, permitindo-nos tirar algumas conclusões mais fiáveis. No que se refere à especialidade médica (Quadro 18), e relativamente aos dados demográficos, verifica-se que a média de idades é superior nos clínicos gerais em relação aos médicos de outras especialidades (48.7 para 35.7), constituindo uma diferença significativa. No item *há quantos anos exerce a profissão* as diferenças são igualmente significativas, uma vez que a média nos clínicos gerais é de 22.6 e a dos médicos de outras especialidades é consideravelmente mais baixa 9.9. No que diz respeito à média de horas semanais de trabalho as discrepâncias são bem visíveis, obtendo uma média de 42.6 para os médicos clínicos gerais e 50.8 para o resto da amostra. Quanto ao grau de satisfação com o trabalho, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, apesar de ser menor nos clínicos gerais.

Quadro 18. Comparação das médias de dados demográficos em função da especialidade médica

Especialidade médica Dados demográficos	Clínica Geral (N=18)	Outras especialidades (N=17)	t	p
Idade	48,67 (8,691)	35,47 (9,894)	4,198	0,000***
Há quantos anos exerce a profissão	22,58 (8,128)	9,88 (9,226)	4,328	0,000***
Média de horas semanais de trabalho	42,61 (5,648)	50,82 (12,162)	-2,538	0,019*
Grau de satisfação com o trabalho	3,44 (0,705)	3,76 (0,752)	-1,300	0,203 NS

No que se refere à satisfação no trabalho e respectivas dimensões (Quadro 19), não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos. Contudo há algumas considerações a fazer, nomeadamente o facto de que a categoria "Outras especialidades" atingiu valores mais altos no total de satisfação no trabalho e em todas as dimensões, excepto na "Satisfação com a organização/ direcção" e na "Satisfação com a posição sócio-profissional". A dimensão em que se notou mais discrepância entre os grupos, apesar de não ser estatisticamente significativa foi "Satisfação com a chefia", onde o grupo Clínica Geral atingiu uma média de 11.7 e o grupo "Outras especialidades" atingiu 13.3.

Quadro 19. Comparação das médias de satisfação no trabalho em função da especialidade médica

Especialidade médica Satisfação no trabalho	Clínica Geral (N=18)	Outras especialidades (N=17)	t	p
Satisfação com o salário	9,28 (2,803)	9,59 (2,980)	-0,318	0,753 NS
Satisfação com as condições trabalho	10,44 (3,276)	11,18 (3,302)	-0,658	0,515 NS
Satisfação com a chefia	11,67 (4,339)	13,29 (2,823)	-1,322	0,196 NS
Satisfação com organização/direcção	13,67 (3,049)	12,65 (3,673)	0,896	0,377 NS
Satisfação com a posição sócio-prof.	16,56 (2,595)	15,47 (2,322)	1,301	0,202 NS
Satisfação com a realização profissional	14,67 (3,481)	14,94 (2,926)	-0,252	0,803 NS
Total de satisfação	76,28 (11,012)	77,12 (10,671)	-0,229	0,820 NS

Relativamente à empatia (Quadro 20) os resultados não traduzem diferenças significativas entre os dois grupos da amostra. Ainda assim, é de referir que a média total de empatia no grupo "Outras Especialidades" é superior ao encontrado no grupo Clínica Geral.

Quadro 20. Comparação das médias de empatia em função da especialidade médica

Especialidade médica Empatia	Clínica Geral (N=18)	Outras especialidades (N=17)	t	p
Total de empatia	108,78 (9,638)	113,35 (8,193)	-1,509	0,141 NS

Relativamente à Inteligência Emocional e suas dimensões (Quadro 21), também não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos. No entanto, é de salientar que, a dimensão de empatia e a gestão de relacionamentos em grupos são as únicas em que as médias são ligeiramente mais altas no grupo dos médicos de Clínica Geral, sendo que todos os outros valores são mais elevados no grupo de Outras especialidades. Quanto à dimensão em que as médias dos grupos divergem mais é a Auto-motivação (67.3 para Clínica Geral e 72.4 para Outras especialidades).

Quadro 21. Comparação das médias para a inteligência emocional em função da especialidade médica

Especialidade médica Inteligência Emocional	Clínica Geral (N=18)	Outras especialidades (N=17)	t	p
Auto-consciência	73,33 (7,137)	75,76 (7,361)	-0,992	0,328 NS
Gestão de emoções	60,78 (10,224)	61,47 (10,248)	-0,200	0,843 NS
Auto-motivação	67,28 (11,421)	72,41 (12,068)	-1,293	0,205 NS
Empatia	52,94 (7,825)	52,12 (5,622)	0,357	0,723 NS
Gestão de relacionamento grupos	60,06 (7,989)	58,82 (7,055)	0,482	0,633 NS
Total de inteligência emocional	314,39 (34,059)	320,59 (26,316)	-0,600	0,553 NS

No que se refere à análise comparativa em relação ao género (Quadro 22), verifica-se quanto aos dados demográficos que não foram encontradas diferenças significativas. Ainda assim, podem observar-se algumas diferenças nos valores entre os grupos. O grupo masculino tem uma média de idades superior (média de 43.1 para 41.5) e exerce a profissão há mais anos (média de 17.1 para 15.8). No que diz respeito às horas semanais de trabalho, o grupo feminino apresenta uma média de 43.4 enquanto o masculino apresenta um valor superior (49.9). Relativamente ao grau de satisfação com o trabalho, também os homens parecem estar mais satisfeitos (média 3.8, contra 3.4 no sexo feminino).

Quadro 22. Comparação das médias de dados demográficos em função do género

Género Dados demográficos	Feminino (N=18)	Masculino (N=17)	t	p
Idade	41,50 (11,618)	43,06 (11,338)	0,401	0,691 NS
Há quantos anos exerce a profissão	15,78 (10,860)	17,09 (10,826)	0,357	0,723 NS
Média de horas semanais de trabalho	43,44 (5,382)	49,94 (12,838)	1,932	0,067 NS
Grau de satisfação com o trabalho	3,44 (0,511)	3,76 (0,903)	1,281	0,212 NS

Ao analisarmos a satisfação no trabalho e as respectivas dimensões (Quadro 23) verificamos que o género masculino se encontra mais satisfeito em todas as dimensões, incluindo no resultado total. Na dimensão "Satisfação com a realização profissional" as diferenças são estatisticamente significativas (média 13.6 para grupo feminino e 16.7 para o grupo masculino). As dimensões em que se notam menos as diferenças entre os dois grupos são a "satisfação com o salário", a "satisfação com as condições de trabalho" e a "satisfação com a chefia", sendo igualmente as dimensões em que se atingem valores de satisfação mais baixos. No que se refere ao total de satisfação, o sexo feminino atingiu uma média de 73.9 e o masculino atingiu 79.7.

Quadro 23. Comparação das médias de satisfação no trabalho em função do género

Género Satisfação no trabalho	Feminino (N=18)	Masculino (N=17)	t	p
Satisfação com o salário	9,28 (3,461)	9,59 (2,123)	0,322	0,750 NS
Satisfação com as condições trabalho	10,72 (3,304)	10,88 (3,314)	0,143	0,887 NS
Satisfação com a chefia	12,39 (4,286)	12,53 (3,145)	0,110	0,913 NS
Satisfação com organização/direcção	12,50 (3,552)	13,88 (3,080)	1,227	0,229 NS
Satisfação com a posição sócio-prof.	15,39 (2,173)	16,71 (2,687)	1,599	0,119 NS
Satisfação com a realização profissional	13,61 (3,013)	16,06 (2,926)	2,436	0,020*
Total de satisfação	73,89 (10,521)	79,65 (10,362)	1,630	0,113 NS

Ao analisarmos a variável empatia (Quadro 24), observa-se que, embora o género feminino obtenha uma média de empatia ligeiramente superior, não há diferenças significativas. O grupo das mulheres tem uma média de 112.3, enquanto o dos homens tem uma de média 110.7.

Quadro 24. Comparação das médias de empatia em função do género

Género Empatia	Feminino (N=18)	Masculino (N=17)	t	p
Total de empatia	111,28 (8,850)	110,71 (9,687)	-0,183	0,856 NS

No que diz respeito à inteligência emocional e suas dimensões (Quadro 25) também não foram encontradas diferenças significativas, existindo no entanto diferenças que queremos salientar. Assim, quanto ao total de inteligência emocional, o género feminino tem uma média de 318.6 e o masculino obteve uma média inferior de 316.2. Nas dimensões "Auto-consciência" e "Auto-motivação" as mulheres obtêm valores mais elevados. Porém,

nas outras dimensões (Gestão de emoções, Empatia e Gestão de relacionamentos em grupos) é o género masculino que sobressai em termos de médias. Na dimensão Empatia a diferença é mínima, mas ainda assim é o género masculino que reúne a média mais elevada (52.9 contra 52.2).

Quadro 25. Comparação das médias de inteligência emocional em função do género

Género	Feminino (N=18)	Masculino (N=17)	T	p
Inteligência Emocional				
Auto-consciência	75,06 (6,855)	73,94 (7,806)	-0,449	0,656 NS
Gestão de emoções	60,94 (7,907)	61,29 (12,241)	0,101	0,920 NS
Auto-motivação	72,17 (9,666)	67,24 (13,641)	-1,240	0,224 NS
Empatia	52,22 (6,005)	52,88 (7,648)	0,285	0,777 NS
Gestão de relacionamento grupos	58,17 (7,056)	60,82 (7,852)	1,054	0,300 NS
Total de inteligência emocional	318,56 (25,823)	316,18 (35,134)	-0,229	0,820 NS

Terminada a análise descritiva dos dados e antes de avançarmos para a sua discussão, efectuamos ainda uma análise de correlações entre algumas variáveis demográficas e as variáveis dependentes presentes no estudo (Quadros 26 e 27). Assim, referimos o valor do R Pearson e a significância estatística de algumas correlações significativas que encontramos e que consideramos relevantes no contexto deste estudo. Encontramos uma correlação significativa e positiva (embora não muito elevada) entre a média de horas semanais de trabalho, o grau de satisfação no trabalho e o total de empatia. Também o total de empatia se encontra correlacionado positivamente com a dimensão auto-consciência, com a dimensão gestão de relacionamento em grupos e com o total de inteligência emocional. Encontrámos ainda correlações significativas e negativas na dimensão satisfação com a chefia quando correlacionada com a auto-consciência, com a gestão de emoções e com o total da inteligência emocional. O total de satisfação profissional correlaciona-se negativamente com a auto-consciência. Embora se tenha optado por não especificar as correlações internas obtidas nas várias escalas, elas existem e parece-nos interessante verificar que na análise correlacional, o grau de satisfação com o trabalho se correlaciona positivamente e muito significativamente com duas dimensões específicas, que são a satisfação com as condições de trabalho e com a satisfação com a realização profissional. Um outro aspecto tem que ver com a empatia (dimensão da inteligência emocional) e o total de empatia que, embora não se correlacionem significativamente um com o outro, correlacionam-se ambos positivamente com a dimensão gestão de relacionamentos em grupos.

Quadro 26. Distribuição de correlações das dimensões estudadas (parte 1)

		Idade	Há quantos anos exerce profissão	Média horas semanais trabalho	Grau satisfação com trabalho	Total empatia	Auto-consciência	Gestão de emoções	Auto motivação	Empatia	Gestão relacionamentos em grupos	Total intelig. emocional
Satisfação com salário	R sig	-0,72 0,682	-0,54 0,757	0,012 0,945	0,266 0,122	-0,236 0,172	-0,233 0,178	-0,117 0,502	-0,113 0,519	0,046 0,795	-0,146 0,402	-0,165 0,344
Satisfação com condições de trabalho	R sig	-0,147 0,398	-0,154 0,378	-0,083 0,637	0,468** 0,005	-0,105 0,550	-0,110 0,529	0,179 0,305	0,100 0,568	0,175 0,316	0,216 0,212	0,165 0,344
Satisfação com a chefia	R sig	-0,99 0,571	-0,79 0,653	-0,150 0,389	0,058 0,741	-0,023 0,898	-0,416* 0, 013	-0,345* 0,042	-0,115 0,511	-0,155 0,373	-0,188 0,280	-0,341* 0,045
Satisfação com organização e direcção	R sig	0,051 0,770	0,046 0,794	-0,134 0,444	0,0183 0,291	-0,201 0,248	-0,282 0,101	-0,041 0,813	-0,123 0,481	0,013 0,943	0,007 0,967	-0,125 0,475
Satisfação com posição sócio - profissional	R sig	0,198 0,255	0,197 0,257	0,074 0,674	0,151 0,387	-0,140 0,424	-0,263 0,127	-0,002 0,989	-0,078 0,654	-0,172 0,323	0,184 0,289	-0,011 0,951
Satisfação com realização profissional	R sig	0,006 0,975	0,054 0,756	0,210 0,226	0,455* 0,006	0,148 0,396	-0,095 0,587	0,168 0,336	-0,028 0,874	0,046 0,792	0,234 0,175	0,090 0,605
Total satisfação	R sig	-0,035 0,843	-0,012 0,944	-0,036 0,835	0,462* 0,005	-0,154 0,377	-0,418* 0,012	-0,061 0,729	-0,105 0,549	0,069 0,693	0,077 0,662	-0,127 0,467
Total Empatia	R sig	-0,009 0,959	-0,001 0,997	0,359* 0,034	0,096 0,582	-	-0,418* 0,012	-0,061 0,729	-0,105 0,549	0,260 0,131	0,398* 0,018	0,350* 0,039

*p < 0,05 **p < 0,01

Quadro 27. Distribuição de correlações das dimensões estudadas (parte 2)

		Idade	Há quantos anos exerce profissão	Média horas semanais trabalho	Grau satisfação com trabalho
Auto consciência	R	-0,292	-0,298	0,307	0,023
	sig	0,088	0,082	0,073	0,895
Gestão de emoções	R	-0,117	-0,125	0,238	0,022
	sig	0,502	0,475	0,168	0,899
Automotivação	R	-0,168	-0,199	0,022	-0,105
	sig	0,333	0,253	0,899	0,547
Empatia	R	0,064	0,014	0,313	0,009
	sig	0,716	0,937	0,067	0,957
Gestão relacionamentos em grupos	R	0,188	0,150	0,205	0,099
	sig	0,281	0,389	0,237	0,573
Total inteligência emocional	R	-0,115	-0,151	0,319	-0,002
	sig	0,512	0,387	0,062	0,992

*p<0,05 **p<0,01

3. Discussão de resultados

Através da discussão de resultados podemos confirmar se os dados recolhidos/obtidos apontam ou não na direcção da revisão bibliográfica. Esta etapa é crucial num trabalho de investigação e só faz sentido se nos permitir reflectir sobre as conclusões e inferências que podem ser tiradas, com base no tratamento estatístico e sua interpretação.

Relativamente aos nossos resultados, ao analisarmos a variável satisfação no trabalho, verifica-se que a dimensão mais elevada é a satisfação com a posição sócio-profissional. Este resultado pode estar relacionado com o facto de que, tradicionalmente a classe médica era bastante respeitada e admirada pela sociedade em geral, sendo associada a uma certa *élite*, e sinónima de sabedoria e conhecimento. Por outro lado, verifica-se que a maior insatisfação está relacionada com as recompensas monetárias e com as condições de trabalho. Tal como Frasquillo (2005) aponta, o stress e o *burnout* tem aumentado bastante nos médicos sendo que o número de doentes, a progressão na carreira, os salários baixos e os modelos de gestão hospitalar parecem ser os maiores stressores. Em suma, os nossos resultados apontam na direcção daquilo que a maioria dos investigadores da satisfação no trabalho defendem, ou

seja, os relacionamentos no trabalho e as condições de trabalho são alguns dos factores geradores da insatisfação e baixa motivação profissional. Como se pode confirmar pelos nossos resultados, na população médica, também o clima organizacional e as injustiças/injustiças monetárias são fontes de insatisfação (Mendes, 2005).

No que diz respeito à comparação feita entre especialidades médicas observa-se que os médicos de outras especialidades que não os clínicos gerais se encontram ligeiramente mais satisfeitos com o trabalho do que os clínicos gerais. Este facto pode ter a ver com a multiplicidade de situações com que os clínicos gerais se deparam no seu quotidiano profissional. Os médicos de outras especialidades recebem casos dentro da sua própria área, da vertente escolhida para a especialização, enquanto os clínicos gerais são à partida o primeiro contacto do doente com o sistema de saúde, e só depois é feita a triagem daqueles pacientes que precisam de recorrer a um médico de especialidade. Por outro lado, os estudos levam a concluir que as situações que provocam mais descontentamento nos clínicos gerais são a carga excessiva de utentes, a carga horária de trabalho e a hostilidade no ambiente de trabalho (Frasquilho, 2005).

No que se refere à empatia, regista valores mais elevados nos médicos de outras especialidades, o que contraria um pouco a ideia de que o tradicional médico de família é necessariamente o mais acessível e o mais preocupado com o doente. Por outro lado, devemos ter em conta que o grupo de outras especialidades é consideravelmente mais jovem, o que também de acordo com os dados obtidos propicia um maior nível de empatia, uma vez que esta tende a diminuir com os anos de profissão (Hojat *et al.*, 2004). O factor idade pode funcionar nesta situação como variável parasita.

A inteligência emocional parece ser mais elevada nos não clínicos gerais. Porém, a gestão de relacionamentos em grupos é francamente superior nos clínicos gerais. Pode inferir-se que, como cabe aos clínicos gerais encaminhar doentes para as consultas de especialidade sempre que tal se revela necessário, e como são eles que asseguram a maioria dos centros públicos de saúde (centros de saúde) estão habituados a conviver com equipas multidisciplinares e contactar com diversos profissionais, o que lhes permite uma boa capacidade de relacionamento interpessoal e trabalho em grupo. Ainda assim, os valores de inteligência emocional encontrados não são elevados, o que pode ser reflexo de uma prática subjugada a críticas, auditorias e intolerância por parte da população, o que leva a uma redução da autoconfiança e a sentimentos de culpa por parte do médico. Actualmente as exigências e pressões sobre o trabalho destes profissionais são internas e externas, tentando-se a todo o custo que o erro seja inaceitável e/ou punido sem excepção, sem margem para

dúvidas ou hesitações. Toda esta conjuntura resulta em mau estar, receio, frustração, falta de motivação e consequentemente insatisfação (Frasquilho, 2005).

Quanto ao género, os homens estão mais satisfeitos com o trabalho, especialmente no que diz respeito à realização profissional. Esta diferença possivelmente ultrapassa as questões organizacionais, podendo estar relacionada com a sobreposição de papéis da mulher. Por norma, os médicos não têm horários de saída, fazem turnos e trabalham bastantes horas por dia, o que também constitui fonte de stress (Ramos-Cerqueira & Lima, 2002). Tradicionalmente, as mulheres médicas, além de profissionais, têm também de estar presentes nas tarefas familiares e domésticas, o que nem sempre se torna compatível com a exigência do ofício. A empatia não difere muito consoante o género, sendo ainda assim ligeiramente superior nas mulheres. É necessário não ignorar a influência da personalidade de cada indivíduo na capacidade de ser empático, e não esquecer que esta empatia (em contexto de Medicina) é avaliada através de itens que se baseiam essencialmente na relação médico-doente. No senso comum, a inteligência emocional é associada mais ao género feminino do que ao masculino, caracterizando-se por permitir maior extroversão e facilitar a adaptação às situações (Goleman, 1997). O género feminino obteve valores mais elevados no resultado total da inteligência emocional, na auto-consciência e na auto-motivação, o que indica que as mulheres estão mais atentas às próprias emoções e expressão de sentimentos e são mais dedicadas na prossecução dos objectivos.

Tal como tinha sido avançada na primeira hipótese do nosso estudo, confirma-se que a empatia está correlacionada positivamente com a inteligência emocional, o que nos leva a consolidar a ideia de que para agir com inteligência emocional, tem de se ter a capacidade de partilhar e sintonizar os nossos sentimentos com os dos outros. Assim a combinação destes dois conceitos influencia não só a relação com o *self*, mas também a que temos com os que nos rodeiam (Schutte *et al.*, 2001).

Relativamente à correlação positiva esperada entre empatia e satisfação no trabalho (hipótese 2), os dados são um pouco contraditórios. Verificou-se que o total da empatia em médicos correlaciona-se negativamente com todas as dimensões da satisfação no trabalho (incluindo o resultado total), excepto com a dimensão satisfação com a realização profissional. Já a empatia, enquanto dimensão do constructo inteligência emocional, regista correlações positivas com a grande parte das dimensões da satisfação no trabalho, exceptuando a satisfação com a chefia e a satisfação com a posição sócio-profissional. Parece-nos que estas diferenças se devem também ao facto de que o conceito empatia na Jefferson Scale e a empatia medida na escala Veiga-Branco não serem exactamente a mesma coisa. Na escala de empatia para médicos, os itens situam-se essencialmente no campo profissional,

reflectindo a empatia do indivíduo enquanto profissional, enquanto que na escala da inteligência emocional (dimensão empatia), os itens são sugestivos de uma contextualização na vida pessoal e social, e não tanto no contexto de trabalho, espelhando então o indivíduo enquanto pessoa.

Quanto à correlação encontrada entre inteligência emocional e satisfação no trabalho (hipótese 3), foi negativa, embora pouco significativa, rejeitando a nossa hipótese, o que nos indicia que a satisfação no trabalho não dependerá tanto da inteligência emocional de cada indivíduo, mas sim da qualidade das relações interpessoais no contexto laboral. Neste sentido é também interessante notar que a satisfação no trabalho correlaciona-se positivamente com a dimensão empatia e gestão de relacionamentos em grupos, o que corrobora a ideia de que as emoções permitem sentir e comunicar em grupo, contribuindo muito para o tipo de afectos e atitudes que se vivem no trabalho (Lopes *et al.*, 2006). Já a dimensão auto-consciência correlaciona-se negativamente com o resultado total de satisfação no trabalho. Aplicando estes resultados ao panorama da Medicina actual, os médicos estão sujeitos a diversas pressões e exigências, tendo de conciliar doentes em excesso, muita burocracia e condições inadequadas de trabalho, o que pode traduzir-se em desagrado e insatisfação no trabalho. De certa forma, quanto mais o médico identifica as suas emoções, mais insatisfeito se sente, a partir do momento em que o seu trabalho está subestimado e hipovalorizado. Tal como defendiam Antunes e Moeda (2005), talvez a promoção do bem-estar do médico tenha de passar a ser contemplada pelos objectivos das políticas da saúde, de modo a que isto se possa reflectir no serviço prestado ao doente e na optimização da performance no trabalho.

Um outro aspecto que nos pareceu relevante é o facto de que a empatia, a satisfação no trabalho e a inteligência emocional estão correlacionadas negativamente com a idade. Estes dados empíricos estão de acordo com o que Hojat e colaboradores (2004) defendem, ou seja, a empatia vai decrescendo ao longo do tempo de carreira dos médicos, evidenciando-se o distanciamento entre o médico e o doente, quiçá como forma de salvaguardar o profissionalismo e imparcialidade que lhe estão incumbidas desde a formação. O decréscimo da satisfação no trabalho pode justificar-se devido às fracas condições de trabalho e ao clima organizacional (que tende a piorar ao longo dos tempos), afectando assim a motivação do profissional e contribuindo para o seu descontentamento (Frasquilho, 2005). Segundo Goleman (1997), a inteligência emocional aperfeiçoa-se ao longo do ciclo vital, o que não acontece na nossa amostra, parecendo que os mais jovens estão mais atentos às suas emoções tentando geri-las da melhor forma possível. As dimensões da inteligência emocional que se correlacionam positivamente com a idade são apenas a empatia e a gestão de relacionamentos

em grupos, o que indica que a convivência com outros e a capacidade de se relacionar interpessoalmente aperfeiçoa com a vivência.

A carga semanal de trabalho está positivamente associada com a empatia, o que nos parece óbvio, uma vez que o relacionamento diário com pacientes e a prática clínica amadurecem a capacidade de *õempatizarö*, tornando-se um factor importantíssimo na relação terapêutica médico-doente (Hojat *et al.*, 2002).

Os dados que obtivemos não são sempre unânimes com as hipóteses que criámos; assim, a empatia correlaciona-se positivamente com a inteligência emocional, sendo esta a única hipótese que se confirmou inequivocamente no nosso estudo. As outras hipóteses não foram confirmadas, o que provavelmente significa que deveriam existir mais estudos nesta temática, de forma a perceber melhor quais as variáveis moderadoras, que contribuem para a satisfação no trabalho, para a empatia e para a inteligência emocional. Talvez o reduzido número de participantes possa constituir a explicação destes resultados, aliado ao facto de o questionário ser bastante longo.

Terminada a parte empírica do nosso trabalho, apresentamos seguidamente algumas conclusões.

CONCLUSÕES

A Medicina, enquanto ciência e enquanto profissão, não se esgota em categorizações ou em linhas orientadoras generalizadas para todos os pacientes. Cada vez mais há a necessidade de personalizar o atendimento aos doentes, e humanizá-lo, permitindo assim uma troca de informação eficaz e recíproca, minimizando os erros que decorrem da comunicação.

Um ponto de partida para cumprir este objectivo pode estar relacionado com a formação médica. Tradicionalmente, a tónica nas competências cognitivas e nos conhecimentos científicos não deixa margem para o desenvolvimento do auto-conhecimento e para a auto-reflexão, o que se traduz numa fantasia utópica do ãmédico perfeitoõ (Frasquilho, 2005). Começa então a ser importante dar ênfase aos aspectos emocionais, que envolvem o médico e o doente, assumindo sem receios que na relação com o paciente há sempre um confronto de valores e ideologias. A relação (frequentemente) assimétrica entre ambos pode ser prejudicial se não houver algum cuidado e sensibilidade na maneira como se age. Neste sentido, a inteligência emocional e a empatia são factores importantes, e que em muito contribuem para harmonizar e valorizar esta relação.

A inteligência emocional, e em particular o modelo de Goleman, traduz um conjunto de competências que incluem: o ser autoconscencioso, conhecendo as próprias limitações e capacidades; ser capaz de gerir as próprias emoções, sendo receptivo e flexível às mudanças; ter vontade de triunfar, sendo optimista e empenhado; ter a capacidade de entender os outros, reconhecendo as necessidades de outrem; e ainda, ter competências sociais que sejam eficazes nas relações de grupo (Almeida, Guisande & Ferreira, 2009).

Estas competências, tal como se confirma no nosso estudo estão correlacionadas positivamente com a empatia. A empatia permite sintonizar-nos com os outros e é uma base para as relações interpessoais. Em contexto médico, a empatia assume um papel fundamental na relação terapêutica uma vez que permite ao médico tomar a perspectiva do doente, compreendendo-o e mostrando que se importa com o que ele sente e pensa. Não significa sentir o mesmo que o doente, mas sim ser capaz de tomar a sua perspectiva e cuidar dele (Hojat *et al.*, 2002). Está associada a atributos como o respeito, a moral, o comportamento relacional adequado, uma melhor satisfação do doente, uma boa capacidade de recolher a história clínica, uma boa relação terapêutica e à satisfação do médico (Alcorta-Garza *et al.*, 2005).

A satisfação profissional do médico leva-nos a outras questões: até que ponto a satisfação no trabalho compromete o serviço prestado pelo profissional de saúde? Estará correlacionada com as capacidades de empatia ou com o seu quociente emocional? A

satisfação profissional não diz respeito apenas à motivação, mas sim também às condições de trabalho, às características e valores individuais do trabalhador, às questões monetárias e aos factores sociais. Hoje em dia, parece-nos que vários valores e realidades na Medicina estão a ser deturpados, ou seja, talvez a insatisfação profissional (que também se nota no nosso estudo, pois os valores de satisfação não são altos) seja resultado de uma série de factores, entre os quais alguns são corrigíveis e evitáveis. Neste sentido, em termos sociais o médico que outrora era idolatrado, actualmente pode ser admirado ou crucificado, sendo muitas vezes generalizada a má conduta ou a falta de ética de casos pontuais. Ao nível das condições de trabalho, na maior parte dos casos o espaço é pouco adequado, os recursos humanos escassos e a quantidade de doentes por médico ultrapassa os limites do razoável, prejudicando assim o serviço prestado aos doentes e paralelamente contribuindo para a frustração do profissional (Frasquilho, 2005). Por outro lado, a formação em Medicina pouco faz para ajudar os futuros médicos a saberem lidar com as emoções (suas e dos outros), pouco valoriza as técnicas de comunicação (nomeadamente como comunicar as más notícias, como adequar a linguagem ao contexto social do doente), continuando a focar-se num cientificismo hipervalorizado, levando a Medicina ao patamar das ciências exactas, quando ela não o é, nem o poderia ser uma vez que a matéria-prima é humana. De acordo com Frasquilho (2005, p.440), o clima organizacional e social da Medicina de hoje favorece uma prática clínica defensiva, que incentiva o recurso a exames complementares e favorece a procura de consultas de especialização, numa tentativa de evitar a todo o custo erros e sucumbindo a pressões internas e externas. Está então a tornar-se cada vez mais necessário actualizar os planos curriculares e os métodos pedagógicos usados no ensino da Medicina, bem como tomar medidas preventivas da exaustão dos profissionais.

Apesar das limitações do nosso estudo, nomeadamente uma amostra reduzida, alguns Alfas de Cronbach relativamente baixos e hipóteses de estudo não confirmadas, parece-nos importante continuar a realizar estudos empíricos sobre a satisfação no trabalho, pois é um constructo complexo que sofre influências de diferentes variáveis moderadoras. Acreditamos que a inteligência emocional e a empatia são duas variáveis que contribuem para uma maior satisfação, uma vez que permitem que o sujeito use estratégias de *coping* mais adaptativas e que seja mais flexível à mudança, adaptando-se mais facilmente às diferentes situações.

Não poderíamos deixar de salientar também que seria importante continuar a fazer estudos comparativos mediante as especialidades médicas, visto que no nosso estudo apenas comparámos clínicos gerais com médicos de outras especialidades, e com uma amostra reduzida. Seria interessante verificar que diferenças se encontram entre as várias especialidades, e confirmar se os níveis de empatia e inteligência emocional aumentam

consoante a especialidade exige um contacto mais próximo com o doente, tal como sugerem Alcorta-Garza e colaboradores (2005). De modo a complementar informação, seria profícuo incluir a personalidade como variável de estudo e ver até que ponto as características individuais actuam no processo de formação da identidade médica. Por último, a comparação com outros profissionais de saúde (como enfermeiros) também nos poderia dar algumas pistas da influência da inteligência emocional e empatia na satisfação no trabalho. Pensamos então que este trabalho constituiu um mero exercício exploratório do muito que ainda poderá ser investigado e que apenas aqui afloramos.

BIBLIOGRAFIA:

- Alcorta-Garza, A. González-Guerrero, J., Tavitas-Herrera, S., Rodríguez-Lara, F. & Hojat, M. (2005). Validación de la escala de empatia médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*, 28 (5) 57-63.
- Almeida, L.S., Guisande, M.A. & Ferreira, A.I. (2009). *Inteligência: perspectivas teóricas*. Coimbra: Edições Almedina.
- Antunes, M.I. & Moeda, A. (2005) Ao encontro da morte ó o impacto das emoções do médico no cuidado ao doente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 353-357.
- Austin, E.J., Evans, P., Goldwater, R. & Potter, V. (2005). A preliminary study of emotional intelligence, empathy and exam performance in first year medical students. *Personality and Individual Differences*, 39, 1395-1405.
- Branco, M.A.V. (2000) *Competência Emocional do professor, dos constructos teóricos à realidade percebida*. Dissertação de Mestrado em Promoção/Educação para a Saúde. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Churro, P.J.B.L. (2006) *A satisfação profissional e a síndrome de burnout: estudo entre as brigadas anticrime (BAC) e as brigadas de investigação criminal (BIC)*. Dissertação de Mestrado em Comportamentos Desviantes e Ciências Criminais. Lisboa: Faculdade Medicina Universidade Lisboa.
- Cohrs, J.C., Abele, A.E. & Dette, D.E. (2006). Integrating situational and dispositional determinants of Job Satisfaction: findings from three samples of professionals. *The Journal of Psychology*, 140 (4) 363-395.
- Constantine, M. G. & Gainor, K.A. (2001). Emotional Intelligence and Empathy: their relation to multicultural counselling knowledge and awareness. *Professional School Counselling*, 5 (2) 131-138.
- Donaldson-Feilder, E.J. & Bond, F.W. (2004). The relative importance of psychological acceptance and emotional intelligence to workplace well-being. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32 (2) 187-203.
- Dormann, C., & Keiser, D.M (2002). Job conditions and customer satisfaction. *European journal of work and organizational psychology*, 11 (3), 257-283.
- Ferreira, J.M.C., Neves, J. & Caetano, A. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.

- Forte, A.I.C.S. (2009) *Burnout, Inteligência Emocional e Auto actualização em enfermeiros psiquiátricos*. Dissertação de Mestrado em temas de Psicologia, ramo de Psicologia da Saúde. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Frasquilho, M.A. (2005). Medicina, médicos e pessoas ó compreender o stresse para prevenir o burnout. *Acta Medicina Portuguesa*, 18, 433-444.
- Goleman, D. (1997). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman,D., Boyatzis, R. & McKee, A. (2002). *O Poder da Inteligência Emocional*. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier.
- Hojat, M., Gonnella, J., Mangione, S., Nasca, T., Veloski, J., Erdmann, J., Callahan, C. & Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychological Measurement*, 61, 349-365.
- Hojat, M., Gonella, J., Mangione, S., Nasca, T., Veloski, J., Erdmann, J., Callahan, C. & Magee, M. (2002). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Educational*, 36, 522-527.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T., Gonnella, J. & Magee, M. (2005). Empathy Scores in Medical School and Ratings of Empathic Behaviour in Residency Training 3 Years Later. *The Journal of Social Psychology*, 145, 6, 663-672.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T., Rattner, S., Erdmann, J., Gonnella, J. & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Educational*, 38, 934-941.
- Judge, T.A., Heller, D. & Mount, M.K. (2002). Five Factor Model Of Personality and Job Satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87 (3) 530-541.
- Law, K.S., Wong, C.S. & Song, L.J. (2004). The Construct and Criterion Validity of Emotional Intelligence and its potential utility for management studies. *Journal of Applied Psychology*, 89 (3) 483-496.
- Lopes, P.N., Grewal, D., Kadis, J., Gall, M., & Salovey, P. (2006). Evidence that emotional intelligence is related to job performance and affect and attitudes at work. *Psicothema*, 18, 132-138.
- Lyusin, D.B. (2006). Emotional Intelligence as a mixed construct. *Journal of Russian and East European Psychology*, 44 (6) 54-68.
- Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2004). Emotional Intelligence: theory, findings and implications. *Psychological Inquiry*, 15 (3)197-215.
- Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R. & Sitarenios, G. (2001). Emotional Intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1(3) 232-242.
- Mendes, M.J.F. (2005) *Emoções no contexto de policiamento: medo, exaustão emocional e procura de sensações, um estudo comparativo na PSP do Porto*. Dissertação de Mestrado em Criminologia. Porto: Faculdade de Direito da Universidade do Porto.
- Miville, M.L., Carlozzi, A.F., Gushue, G.V., Schara, S.L & Ueda, M. (2006). Mental health counsellor qualities for a diverse clientele: linking empathy, universal-diverse orientation, and emotional intelligence. *Journal of mental health counselling*, 28 (2) 151-165.
- Munro, D., Bore, M. & Powis, D. (2005) Personality factors in professional ethical behaviour: Studies of empathy and narcissism. *Australian Journal of Psychology*, 57 (1) 49-60.
- Nikolaou, I. & Tsaousis, I. (2002). Emotional Intelligence in the workplace: exploring its effects on occupational stress and organizational commitment. *The International Journal of Organizational Analysis*, 10 (4) 327-342.
- Pessoti, I. (1996). A formação humanística do médico. *Medicina, Ribeirão Preto*, 29, 440-448.
- Queirós, A.A. (1999). *Empatia e Respeito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ramos-Cerqueira, A.T.A & Lima, M.C (2002). A formação da identidade do médico: implicações para o ensino da graduação em Medicina. *Interface ó comunicação, saúde, educação*, 6 (11), 107-116.
- Reed, V.A., Jernstedt, G.C. & McCormick, T.R. (2004). A longitudinal study of determinants of career satisfaction in medical students. (Med Educ online) Acedido em Fevereiro 2009 in <http://www.med-ed-online.org> pdf.
- Ribeiro, J.L.P (1999) *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi
- Rodrigues, V. (2000). Satisfação profissional dos enfermeiros da sub-região de saúde de Viseu. *Nursing*, 141, 32-36.
- Rodrigues, S.C.M.P. (2008). *Empatia, Resiliência e Percepção de stress em enfermeiros*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Bobik ,C., Coston, T.D., Greeson, C., Jedlicka, C., Rhodes, E. & Wendorf, G. (2001). Emotional Intelligence and Interpersonal Relations. *The Journal of Social Psychology*, 141 (4) 523-536.

- Silva, C.L., Barbosa, S.C.S., Dobrachinski, L. & Feitosa, A.C.S. (2007). Emoções, Estresse Depressão: Interferência na saúde baseado no sistema imunológico e sistema nervoso central. Acedido em Março 2009 in www.fasb.edu.br/revista/index.php/conquer/article
- Snarey, J.R. & Vaillant, G.E. (1985). How lower- and working class youth become middle-class adults: the association between ego defense mechanisms and upward social mobility. *Child development*, 56 (4), 899-910.
- Stamps, P. (1978) Nurses Satisfaction with their work situation. *Nursing research*, 27, 114-120
- Takaki, M. H. & Sant`Ana, D.M. (2004). A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipa de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enfermagem*, 9 (1) 79-83.
- Vieira, A.M.C (2005) *Personalidade e Satisfação com o trabalho em agentes da PSP*. Dissertação de Mestrado em Criminologia. Porto: Faculdade de Direito da Universidade do Porto.
- Vilela, A.C. (2006). *Capacidades da Inteligência Emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida*. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro.
- Wilkin, M. (2007). Nurse´s empathy helps patients recover well. *Nursing Standard*, 21 (19), 6.
- Zee, K.V.D., Thijs,M.& Schakel,L. (2002) The relationship of emotional intelligence with academic intelligence and the Big Five. *European Journal of Personality*, 16, 103-125.
- Zeidner, M., Matthews, G. & Roberts, R.D. (2004) Emotional Intelligence in the workplace: a critical review. *Applied Psychology:an International Review*, 53 (3) 371-399

ANEXO:
APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO¹

Este questionário enquadra-se numa investigação no âmbito do Seminário/Mestrado em Psicologia da Saúde, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

É confidencial e não existem respostas certas ou erradas. Por isso lhe solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta.

O questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma folha, nem assinar o questionário. Obrigado pela sua colaboração.

Grupo I

1. Idade: _____

2. Há quantos anos exerce esta profissão? _____

Especialidade: _____

3. Média de horas semanais de trabalho: _____

4. Sexo: ☐ Masculino

☐ Feminino

5. Estado civil: ☐ Solteiro

☐ Casado ou em união de facto

☐ Divorciado, separado ou viúvo

¹ Ana Rita Domingues (2008) F.P.C.E.U.P.

6. Região onde trabalha ☐ Norte ☐ Centro ☐ Sul
7. Regime de trabalho / tipo de vínculo: ☐ Privado ☐ Função Pública ☐ Ambos
8. Tipo de horário de trabalho: ☐ Fixo ☐ Não fixo

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Razoavelmente satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
9. Grau de satisfação com o seu trabalho:					

Grupo II²

Leia cada frase e assinale com uma cruz de que modo a frase traduz o seu comportamento habitual.

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
1. Um médico que se consegue imaginar no lugar dos outros, consegue ajudá-los melhor							
2. O sentido de humor de um médico pode contribuir para a obtenção de resultados clínicos melhores							
3. A compreensão médica dos sentimentos vividos pelos doentes e pelas suas famílias influencia positivamente o tratamento							
4. Para um tratamento eficiente os médicos devem estar atentos às experiências pessoais dos seus doentes							
5. Na relação médico-doente é tão importante perceber o comportamento não verbal como o comportamento verbal							
6. A empatia é um factor terapêutico importante no tratamento médico							
7. Os pacientes sentem-se melhor quando os seus sentimentos são compreendidos pelos seus médicos							

² J.S.P.E. traduzido e adaptado de Hojat et al. (2001) em conjunto com Rodrigues (2008).

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
8. Quando o médico mostra que compreende as emoções dos doentes é mais fácil fazer a entrevista inicial e recolher a história de vida							
9. Quando nos colocamos no lugar do doente ajudamos a proporcionar uma melhor qualidade de vida							
10. A doença pode ser tratada apenas com recurso à terapêutica médica uma vez que os laços estabelecidos entre médico e doente não influenciam o tratamento							
11. O que vai na cabeça do doente é muitas vezes expresso em pistas não verbais (expressão facial ou linguagem corporal) que devem ser cuidadosamente observados pelo médico							
12. Quando o doente se sente compreendido pelo médico julga a sua terapêutica como válida							
13. A compreensão do estado emocional do doente e da família é uma componente importante na relação médico-doente							
14. Perguntar acerca da vida do doente é tão importante como perguntar acerca das queixas físicas que ele apresenta							
15. É aceitável que um médico possa estabelecer vínculos emocionais fortes com o seu doente e família							
16. Ler literatura médica e apreciar a arte pode ajudar o médico a prestar um melhor cuidado aos seus doentes							
17. Porque todos somos diferentes é difícil para o médico colocar-se no lugar dos doentes compreendendo o seu ponto de vista							
18. As emoções não são importantes para o tratamento de doenças médicas							
19. A empatia é uma competência terapêutica sem a qual o sucesso do médico fica comprometido							
20. A melhor maneira de cuidar de um doente é pensando como um doente							

Grupo III³

Leia atentamente as afirmações seguintes e assinale com uma cruz a que corresponde à sua opinião.

1. Perante uma situação/relação negativa na minha vida, sinto que ao ficar envolvido/a por sentimentos desagradáveis:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que estes sentimentos me invadem							
b) Caio num estado de espírito negativo e rumino, rumino pensando nos pormenores que me fizeram sentir mal							
c) Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento							
d) Sinto que tenho a noção exacta do tipo de sentimentos que me invadem; por exemplo, se é raiva, ódio, desprezo consigo defini-los							
e) Independentemente dos sentimentos que me invadem, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites							
f) Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los							
g) Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos							
h) Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir e consigo verbaliza-lo; por exemplo suor, rubor, dificuldade em respirar, etc							
i) Outra:							

2. Em situações/relações negativas, reconheço que ao ser envolvido por sentimentos desagradáveis:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Altera-se a minha capacidade de atenção							
b) Diminui o meu nível de raciocínio							
c) Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/ fico em mutismo, eufórico...							
d) Fico mentalmente retido/a nesses sentimentos durante muito tempo							
e) Outra:							

³ E.I.E.E adaptado de A.C.Vilela (2006) e de A.Veiga Branco (2000).

3. Reconheço que tenho tendência a actuar como uma pessoa:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Instável, com várias mudanças de humor							
b) Observadora, consciente do que se passa à minha volta							
c) Racional, no que respeita aos meus sentimentos.							
d) Positiva, encaro a vida pela positiva							
e) Ruminativa, sempre a ômatutarô							
f) Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias							
g) Azarada, não tenho sorte na vida							
h) Autónoma, independente dos medos e outras opiniões							
i) Outra:							

4. Imagine uma situação da sua vida (pessoal ou profissional) em que foi invadido por uma onda de fúria ou raiva. Ao tentar ficar mais sereno/a, tomo normalmente uma atitude:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Procurei ôarrefecerô, num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria							
b) Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distracção							
c) Fiquei sozinho a ôarrefecerô simplesmente							
d) Fiz exercício físico activo (aerôbio)							
e) Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira							
f) Olhei para a situação/facto de outro prisma, reavaliei a causa da ira							
g) Outra:							

5. Quando, no quotidiano, sou invadido/a por emoções e sentimentos negativos (fúria, cólera) normalmente:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Tenho tendência a usar objectos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem comigo mesmo/a							
b) Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e penso nas palavras/pessoas/attitudes que o causaram							
c) Fico alerta, tento logo identificar essa emoção negativa, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação antes de me deixar invadir pela fúria							
d) Consigo ôverô esses sentimentos, sem me julgar e tento partir para um raciocínio positivo							
e) Outra:							

6. Quando o meu estado de espírito é negativo e foi originado pela ansiedade, sinto:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite							
b) Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer							
c) Percepção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles é uma maneira de aprender a lidar com eles							
d) Angústia, mas tento alcançar os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível							
e) Que o meu corpo está a reagir e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa							
f) Outra:							

7. Quando me sinto em depressão, verifico que:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Inconscientemente, acabo por usar para me distrair pensamentos/situações ainda mais deprimentes							
b) Sinto alívio se praticar desporto intenso							
c) Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada							
d) Outra:							

8. Reconheço-me como uma pessoa:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Com capacidade para controlar os seus impulsos e agir após pensar							
b) Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio							
c) Que quando esta de mau humor, só o assolam recordações negativas							
d) Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal)							
e) Derrotista (não tem sorte na vida)							
f) Capaz de deixar-se dominar pela ansiedade e pela frustração							
g) Capaz de sair de qualquer sarilho							
h) Capaz de ter energia e habilidade para enfrentar os problemas							
i) Suficientemente flexível para mudar os meus objectivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis							
j) Outra:							

9. Imagine uma actividade profissional (tratar/atender um doente). Durante a actividade, normalmente sinto que:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia							
b) Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam							
c) Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas							
d) Sou assaltado por pensamentos (Será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o chefe aprova?)							
e) Experimentando sensações de prazer (gozo pessoal)							
f) Vou fazendo e ruminando outros pensamentos que me ocorrem							
g) Quanto mais criativo é o trabalho mais me absorve							
h) Outra:							

10. Quando vivo uma situação de rejeição pessoal (a nível íntimo, social, profissional) sinto que:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Penso no facto e rumino a humilhação							
b) Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora							
c) Invade-me a auto-piedade							
d) Invade-me o desprezo, o rancor							
e) Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim							
f) Outra:							

11. Nas relações (pessoais, familiares, sociais) com os outros, ao longo da minha vida, fica-me a sensação que sou capaz de:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Registrar/ perceber os sentimentos dos outros							
b) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras							
c) Ler os canais não verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direcção do olhar, atitude comportamental, posição, etc)							
d) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras							
e) Outra:							

12. Reconheço que nas minhas relações tenho tendência a valorizar mais:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe)							
b) A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa							
c) O tom de voz							
d) A direcção do olhar (frontal, baixo, a olhar para cima, a buscar outras direcções)							
e) Os gestos (mãos, corpo)							
f) Outra:							

13. No quotidiano e numa situação de conflito dou-me conta de que:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir							
b) Tendo a ficar receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável							
c) Tendo a ficar receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude serena, atenta							
d) Outra:							

14. No que respeita ao meu relacionamento com as outras pessoas (relações sociais, pessoais, profissionais), considero como procedimentos que normalmente me identificam, que:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir							
b) Ajusto-me emocionalmente aos sentimentos que detecto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim							
c) Consigo dar expressão verbal aos sentimentos colectivos							
d) Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos							
e) As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo							
f) Tenho habilidade em controlar a expressão das minhas próprias emoções							
g) Nas minhas relações com os outros digo sempre claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam							
h) Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos							
i) Outra:							

15. Relativamente à comunicação com grupos (pessoas e/ou colegas de equipa), reconheço que me acontece:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Captar os sentimentos deles e parecer que começo a absorvê-los							
b) Ter sensibilidade para reconhecer o que os outros estão a sentir							
c) Entrar em ãsincronismo de estado de espírito							
d) Dar comigo a fazer os mesmos gestos ou gestos concordantes com a outra pessoa							
e) Preferir colocar-me frente a frente							
f) Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.							
g) Outra:							

Grupo IV⁴

Solicitamos-lhe uma reflexão acerca do trabalho que desempenha, tendo em conta a sua satisfação profissional. Leia atentamente cada frase e assinale com uma cruz a resposta que melhor se adequa ao seu caso.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Considero que o salário auferido é justo, em relação ao salário dos profissionais do mesmo ramo (área da Saúde)					
2. Considero necessário que haja uma revisão da grelha salarial actual					
3. Considerando a responsabilidade das tarefas que executo, defendo que estes profissionais deveriam possuir maior vencimento					
4. Considero que a recompensa a nível monetário é um estímulo importante para a minha dedicação e envolvimento					
5. Estou satisfeito/a com o salário que aufero, relativamente à categoria profissional que possuo					
6. A maior parte do meu trabalho é de carácter administrativo e não prático					
7. Gosto de trabalhar neste Serviço porque tem boas condições de trabalho					
8. O tempo de que tenho dispoñho para executar as actividades que me competem não é suficiente					
9. Gosto da forma como o trabalho é realizado no Serviço onde trabalho					

⁴ Q.S.P.M. adaptado de Stamps (1978) e de Churro (2006).

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
10. Considero que o Serviço onde trabalho não está organizado para dar resposta às necessidades de quem o requer					
11. No Serviço onde trabalho, existe uma supervisão das actividades que desenvolvo, muito mais rígida do que a necessária					
12. Tenho autonomia suficiente para tomar decisões no decorrer da minha actividade profissional					
13. No Serviço onde trabalho, o Superior Hierárquico tem por hábito consultar os Profissionais com um estatuto profissional inferior, sobre os procedimentos a adoptar					
14. O Superior Hierárquico raramente se relaciona comigo e com os meus colegas					
15. Há muita distância entre a Direcção do Serviço onde trabalho e os problemas laborais que se enfrentam no dia-a-dia					
16. Posso contar com o apoio do Superior Hierárquico sempre que necessito					
17. Quando o volume de trabalho é elevado, os meus colegas colaboram e ajudam-se					
18. Considero importante ter um bom ambiente de trabalho					
19. Existe espírito de equipa e colaboração entre o grupo de Profissionais onde trabalho					
20. Sinto que a autonomia é um indicador de satisfação profissional					
21. Considero que a minha profissão é reconhecida pelas pessoas que se dirigem ao Serviço onde trabalho					
22. Considero que a minha profissão é reconhecida pelos outros Profissionais da área da Saúde					
23. Realizo funções compatíveis com a minha formação profissional					
24. Tenho orgulho nas actividades que desenvolvo					
25. Considero que as funções que desempenho não exigem muita competência e qualificação					
26. As actividades que desenvolvo contribuem para o reconhecimento do meu estatuto profissional e da profissão, em geral					
27. As actividades que desenvolvo permitem-me crescer como pessoa					
28. Sinto que as minhas capacidades e potencialidades estão a ser desenvolvidas em toda a sua plenitude					
29. Sinto-me realizado/a profissionalmente					
30. Eu voltaria a escolher esta profissão					